

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

No

477

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre-Joseph-André LEGRY

Né le 14 décembre 1901, à Nantes (Loire-Inférieure)

L'ENFANT BÈGUE

Président : M. LEREBoullet, Professeur

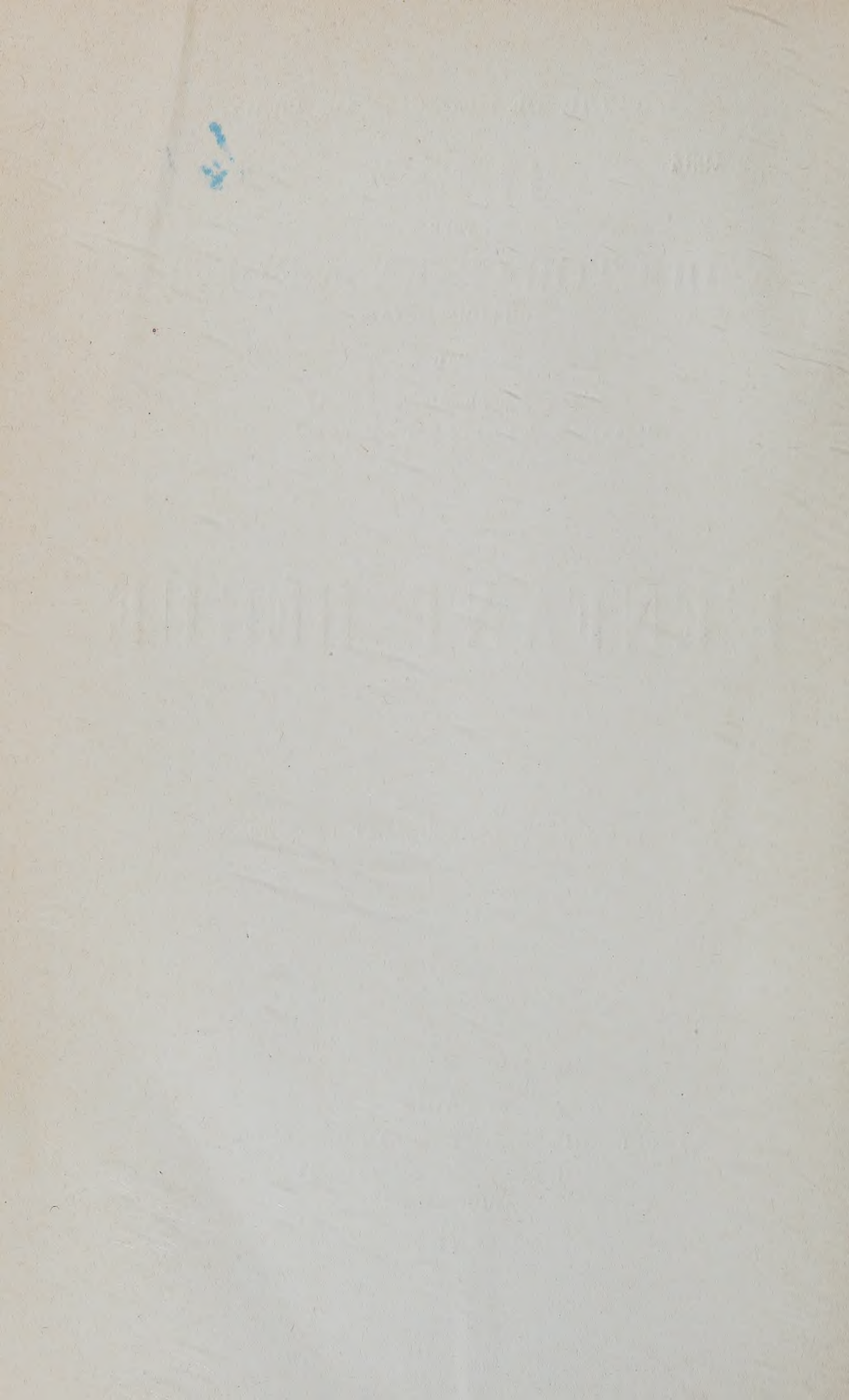
PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1934



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre-Joseph-André LEGRY

Né le 14 décembre 1901, à Nantes (Loire-Inférieure)

L'ENFANT BÈGUE

Président : M. LEREBoullet, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1934

DOYEN... G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET
	ACHARD.
Clinique médicale.....	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNéo.
Clinique chirurgicale.....	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire.....	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.. Neurologie et Psychiâtrie.
 BÉNARD (H.)... Pathologie médicale.
 BERNARD (É) . Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BROCC Pathologie chirurgicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER ... Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 Mlle J. LÉVY ... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie .
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 SÉZARY Dermatologie et Syphili-
 graphie.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie
 médicale.
 VELTER Ophtalmologie.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGRAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A) TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI	Clinique médicale.
AUBERTIN	Clinique médicale.
BRULÉ	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
HARVIER	Clinique médicale.
LIAN	Clinique médicale.
GUÉNIOT	Clinique obstétricale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.

MM.

LEVY-SOLAL ..	Clinique obstétricale.
METZGER	Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CADENAT	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER ..	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
MOURE	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

FREY	Éducation physique
CHAILLEY-BERT, agrégé	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
LE DOCTEUR LEGRY

AUX MIENS

A MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR LEREBoullet

*Qui nous a permis de travailler cette
thèse dans son service, et nous a fait le
très grand honneur de la présider.*

A NOTRE MAITRE

M. LE DOCTEUR EDOUARD PICHON

*Qui nous a inspiré cette étude.
En témoignage de particulier attachement.*

A M. LE DOCTEUR HAHN

Bibliothécaire en chef de la Faculté de Médecine de Paris

A MES PROFESSEURS
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES

A MES MAÎTRES DES HÔPITAUX DE NANTES

Stage :

M. LE DOCTEUR GENDRON (*in memoriam*)
M. LE DOCTEUR CASTAGNARY

Externat :

M. LE PROFESSEUR GUILBAUD (*in memoriam*)
M. LE PROFESSEUR GROSSE (*in memoriam*)

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

A LA CHÈRE MÉMOIRE

DE M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RIBIERRE (1926).

Externat :

1927. M. LE DOCTEUR EDOUARD MICHON

1928. M. LE DOCTEUR LORTAT-JACOB (*in memoriam*)

— M. LE DOCTEUR LEVANT

1929. M. LE DOCTEUR BENSAUDE

1930. M. LE DOCTEUR GRENET

— M. LE DOCTEUR BRAINE

Provisoriat :

1931. M. LE DOCTEUR APERT

1932-1933. M. LE DOCTEUR PICHON

A M. LE DOCTEUR CAIN, médecin des hôpitaux

A MM. LES DOCTEURS :

LEMAIRE, professeur agrégé, médecin des Hôpitaux

FÈVRE, chirurgien des hôpitaux

FAVORY, ophtalmologiste des hôpitaux

A M. LE DOCTEUR H. CODET

ET A MME LE DOCTEUR O. CODET

A MME BOREL-MAISONNY

ET A Mlle LEROY

L'ENFANT BÈGUE

INTRODUCTION

Les cas de bégaiement que nous avons observés dans le Service de M. le Professeur LEREBoullet, qui furent suivis à la consultation spéciale de M. le Docteur PICHON, et traités par M^{me} BOREL-MAISONNY, nous ont suggéré quelques remarques.

Encouragé par le Dr PICHON qui nous a guidé de sa compétence et de ses conseils, encouragé par le Professeur LEREBoullet, et nous appuyant sur la grande expérience de M^{me} BOREL-MAISONNY, nous avons été conduit à écrire, en manière de thèse, une revue critique, sur cette question du bégaiement qui n'a fait l'objet, en France, et depuis de longues années, d'aucune vue d'ensemble.

Observations.

OBSERVATION 1.

Victor Gi..., 12 ans.

Vient consulter le 27 juin 1930 pour un bégaiement apparu depuis le mois d'octobre précédent, sans cause apparente. Cependant, on apprend que, dès l'âge de 8 ans, l'appréhension le faisait achopper, lorsqu'il récitait ses leçons. Il n'y avait pas de bègues à l'école.

Né dans de bonnes conditions, il n'a pas eu de convulsions ; il a fait la coqueluche à 2 ans 1/2, une infection intestinale fébrile à 5 ans, la rougeole à 10 ans.

Il a parlé tôt et bien et ces maladies n'ont eu aucune influence sur la parole.

Il n'a été opéré ni pour végétations, ni pour hypertrophie des amygdales.

Le père est nerveux et l'est devenu davantage, un peu avant la naissance de l'enfant. Il est gaucher.

La mère est très émotive et fait de grands efforts, dit-elle, pour se maîtriser.

Un frère âgé de 20 ans parle bien.

Les 2 oncles paternels sont myopes et les 2 fils de l'un d'eux sont atteints depuis toujours de strabisme.

Il n'y a pas de bègues dans la famille, ni dans l'entourage.

Le bégaiement est caractérisé par des hésitations et des répétitions spasmodiques avec rougeur de la face, mouvements rapides des paupières, des ailes du nez et des lèvres. Aucun autre trouble de la parole.

C'est un blond au teint pâle, mais sans anémie, aux yeux gris bleu. Le crâne a une forme légèrement allongée mais sans malformation précise.

Le maxillaire supérieur est proéminent, les dents régulièrement implantées, non cariées, la voûte palatine normale.

A part une constipation habituelle, on ne trouve, comme autre signe pathologique, qu'un strabisme interne, bilatéral très marqué, et attribué (tout au moins chronologiquement) à la coqueluche.

Il n'y a pas de nystagmus, ni aucun signe d'incoordination. Les réflexes patellaires, égaux, sont plutôt faibles.

L'enfant est vif, rougit facilement ; l'hyperesthésie superficielle est marquée ; il dort bien, mais rêve souvent. Ne brunit pas au soleil. Il fait preuve d'une certaine anxiété, insiste à plusieurs reprises sur les difficultés de ses études, sur la sévérité de l'école qu'il fréquente, et pense pendant plusieurs jours à un ennui passé.

La compression oculaire ne provoque aucun ralentissement du pouls : 64 - 64 - 64, ce qui répond bien à une sympathicotomie prédominante chez lui.

A noter enfin qu'il chante faux et est incapable de suivre un rythme musical.

Nous avons revu l'enfant le 13 avril 1934. Son bégaiement non traité est toujours aussi marqué. Malgré ses 16 ans, l'écriture est très défectueuse : lignes ondulées avec empiètement ; appui inégal ; arrêts laissant des espaces libres au milieu des mots.

Nous soulignons dans cette observation : le début du bégaiement lors de la récitation des leçons ; l'existence d'un strabisme convergent chez un enfant qui a 2 cousins germains strabiques et dont le père est gaucher.

OBSERVATION 2.

Paul Vé..., 11 ans.

Est vu à la consultation le 18 octobre 1930 pour un bégaiement apparu brusquement à l'âge de 4 ans en juillet 1923. Il allait à l'école maternelle où il n'y avait pas de bégües. Dans la semaine précédente il avait présenté une anorexie marquée et inhabituelle sans cause apparente.

Né dans des conditions normales ; frein de la langue sectionné 2 fois : à la naissance et à 3 ans ; rougeole à

3 ans. Il a eu des amygdalites et 2 otites qui ont fait décider une ablation de végétations adénoïdes ; celle-ci pratiquée en mai 1923 a donc précédé de 2 mois l'apparition du bégaiement. Il a parlé tard et mal.

Le père est très émotif ; la mère très nerveuse, « rumine ses idées noires ».

Un oncle maternel bégaille. Il n'y a pas de gaucher dans la famille.

Le bégaiement est surtout tonique ; avec cependant quelques cloni. Le débit est rapide, la parole explosive, précédée de petits mouvements des lèvres et des paupières.

Le bégaiement disparaît lorsque l'enfant est seul ou lorsqu'il récite une leçon devant sa mère.

Arythmie respiratoire très marquée même sur la courbe de la respiration thoracique supérieure.

Il n'y a pas de défaut concomitant d'articulation.

Guérison mais persistance de quelques mouvements anormaux de la face.

Cet enfant est grand et mince ; les cheveux châtain clair, les yeux gris clair, le teint pâle sans anémie.

A l'examen, le frein de la langue est en tous points normal ; la voûte palatine également ; les 2 premières incisives médianes supérieures avaient, paraît-il, une forme voisine de celle des canines ; après leur avulsion, les incisives de seconde dentition sont repoussées de champ, regardant toutes deux la ligne médiane par leur face interne.

Le réflexe nauséeux est peu marqué.

Il n'y a pas de strabisme ; pas de nystagmus ni de signes d'incoordination ; les réflexes patellaires sont vifs mais non exagérés, l'hyperesthésie superficielle marquée.

L'enfant présente des signes manifestes d'hyperventilation ; pâleur émotive de la face avec lipothymies et syncopes ; insomnies, cauchemars, pigmentation solaire facile, constipation. La compression oculaire ne provoque qu'un faible ralentissement du pouls : 76-72-88, mais avec affaiblissement marqué de la tension et accélération consécutive.

L'enfant est vif ; s'emporte pour peu de chose mais n'y pense plus quelques instants plus tard. Le réflexe solaire est inversé : 76-72-72 ; le ralentissement persiste et ne s'accompagne d'aucune modification tensionnelle.

Le 13 avril 1934, le bégaiement réapparaît le soir

lorsque l'enfant est fatigué. A noter que 2 cures antérieures dans des services différents ainsi qu'un essai de traitement par l'électricité avaient totalement échoué.

L'écriture (15 ans) est sale, désordonnée ; les lignes sont irrégulières, les ratures, les complications finales fréquentes.

Un frère de 5 ans ne bégaié pas quoique en contact journalier avec son aîné et l'imitant souvent.

A noter ici que le début du bégaiement a suivi immédiatement un trouble physique certain mais de cause indéterminée. Noter encore la réapparition d'un achoppement intermittent et très léger qu'on avait crainte vu la persistance de mouvements anormaux. Le jeune frère ne bégaié pas.

OBSERVATION 3.

Jean Mo..., 7 ans.

Vu à la consultation le 15 janvier 1931 pour un bégaiement apparu vers l'âge de 4 ans 1/2 sans cause invoquée.

Né dans de bonnes conditions : l'accouchement très rapide n'avait duré que 2 heures ; on aurait pratiqué une version au 6^e mois de la grossesse.

Pas de convulsions. L'enfant a eu successivement coqueluche, rougeole et varicelle qui n'ont en aucune manière influencé la parole. De même quelques troubles digestifs avec vomissements « glaireux ».

Il a parlé tard et très mal : ses premiers mots vers 3-4 ans ; ses premières phrases vers 5 ans 1/2.

La mère très émotive est manifestement hypervagotonique. Il n'y a ni frère ni sœur. Le grand-père paternel a eu la chorée. Il n'y a ni bégue, ni gaucher dans la famille.

Le bégaiement est surtout tonique. Le débit est rapide et saccadé. Les mouvements associés sont multiples : à la face, au tronc, aux 4 membres.

Il s'y surajoute : un retard de la parole portant sur KS et GZ, un zéaiement léger.

Il bafouille lorsqu'il fait des phrases alors que les sons isolés sont bien articulés.

Retard du vocabulaire et de la syntaxe.

C'est un enfant petit, aux lignes fines, au visage doux ; les cheveux sont blonds, très frisés, mais non crépus ; les yeux bleu très pâle.

On remarque quelques caries dentaires, une voûte palatine légèrement ogivale. Le réflexe nauséeux est très brusque.

On ne trouve aucun signe pathologique : pas de strabisme, pas de nystagmus, pas de signe d'incoordination. Les réflexes tendineux sont très vifs.

Il présente des signes d'hypervagotonie marquée : il pâlit fortement à l'émotion et conserve longtemps la pensée du désagrément passé. Il craint le froid, se pigmente facilement au soleil. Le réflexe oculo-cardiaque est en accord : 96 - 80 - 96. De son côté le réflexe solaire est inversé : 96 - 88 - 96.

Chez cet enfant qui n'est pas gaucher on trouve, à une excitation tant visuelle qu'auditive, une réponse plus prompte pour la main gauche que pour la main droite. La réponse parlée est plus rapide encore et dans l'ensemble les 3 réponses sont très promptes.

Cet enfant a été revu le 16 mars 1934 : seuls le gros retard de la parole et les troubles de l'articulation avaient été traités à l'exclusion du bégaiement : celui-ci a cependant considérablement diminué.

OBSERVATION 4.

Charles Lax..., 10 ans 1/2.

Venu à la consultation pour un bégaiement survenu à 3 ans, 8 jours après une peur.

A parlé à 16 mois et parlait bien jusqu'à l'âge de 3 ans.

A eu depuis : la rougeole, la varicelle et la coqueluche qui sont restées sans influence sur la parole. A toujours respiré par la bouche et n'a pas été opéré.

La mère est très nerveuse, pessimiste, critique tout et toujours.

Un oncle paternel et un oncle maternel sont bègues. Gauchers ?

Le bégaiement très accentué surtout tonique est aussi clonique ; il est plus marqué pendant le récit spontané que pendant la lecture. La parole est précédée

de mouvements des lèvres. L'enfant ronge ses ongles.

Enfant assez grand, bien musclé, brun avec des yeux bruns. Il ne présente aucun signe pathologique : bonne dentition, voûte palatine normale. Le réflexe nauséux est très vif.

Il n'y a pas de strabisme, pas de signe d'incoordination. Les réflexes tendineux sont d'intensité moyenne.

L'enfant n'est pas gaucher.

Il pâlit à l'émotion sans plus ; la réaction est chez lui vive, mais passagère. Il n'est pas sujet aux ecchymoses ni aux érythèmes solaires ; par contre, il se pigmente vite. N'a pas d'insomnies, mais s'endort difficilement ; les réflexes sont en faveur d'une sympathicotonie dominante : réflexe oculo-cardiaque : 88 - 80 - 96. Réflexe solaire : 96 - 112 - 96.

Une circonstance est à retenir au point de vue psychique : sa famille s'oppose à son choix professionnel et veut lui imposer une carrière administrative ; l'enfant en est très impressionné.

A retenir aussi qu'il chante, qu'il a toujours chanté juste et qu'il suit rigoureusement le rythme musical.

L'écriture est haute, droite, régulière, égale, parfaite en tous points.

Revenu à la consultation le 19 mars 1934, bégayant toujours autant, avec des tics ; il se ronge les ongles, se mord la lèvre inférieure.

Il avait suivi, à 3 reprises différentes, et de façon irrégulière (6 leçons une fois, 10 les deux autres) la rééducation.

Celle-ci est reprise régulièrement ; on donne du bromure de potassium à petites doses : il dort bien et une légère amélioration du bégaiement se manifeste ; elle s'affirme après 15 jours passés à la campagne. Il convient de remarquer qu'il insiste volontiers sur le bien-être qu'il éprouve à la campagne et le déplaisir qu'il a de vivre à Paris. Une aggravation suit immédiatement le retour qui coïncide avec la rentrée en classe.

Le jeune frère qui a maintenant 6 ans ne bégaié pas, bien qu'il vive avec son frère et l'imité souvent.

En plus de ce dernier point, nous voulons retenir de cette observation : les antécédents familiaux bilatéraux, l'influence néfaste de la mère, l'influence du repos (en grande partie psychique), l'existence enfin

d'un grand sens du rythme, l'écriture parfaite de cet enfant.

OBSERVATION 5.

Guy Dh..., 6 ans.

Vu le 8 octobre 1931. La mère ne peut donner de précisions sur le début du bégaiement. L'enfant est resté en nourrice jusqu'à 3 ans. Il a parlé tard et, à cet âge, ne faisait pas encore de phrases.

Né dans des conditions normales. Il n'a pas eu de convulsions, n'a eu sa première dent qu'à 1 an. Il aurait eu, vers 3 ans, un épisode méningé. A eu une rougeole suivie d'une otite. A été opéré de végétations. Durant sa première enfance, il était sujet à des crises fréquentes de diarrhée. Maladies et opération n'ont eu aucune influence apparente sur la parole.

Le père et la mère ne sont pas particulièrement nerveux ou émotifs.

Deux autres enfants nés avant lui sont morts en bas âge (l'un d'une broncho-pneumonie à 6 mois, le deuxième de diarrhée verte à 6 semaines).

Il n'y a ni bégues ni gauchers dans la famille.

Le bégaiement est léger, n'apparaissant que par intermittences, surtout clonique, avec mouvements associés divers : fronce le front, plisse les narines, remonte la lèvre supérieure, cligne des paupières.

On note en outre : un bredouillement accentué ; une impossibilité d'articuler ch, j, s, z.

L'enfant parle peu volontiers et se contente de phrases courtes.

Il est plutôt petit pour 6 ans et mince ; blond, légèrement frisé, yeux clairs.

A l'examen, on trouve quelques signes anormaux : la concavité de la voûte palatine est très notablement diminuée. Il n'y a pas de strabisme. On ne provoque pas de nystagmus, mais, si les marionnettes ne sont pas très bien exécutées, l'épreuve du doigt sur le nez (bonne à droite) est franchement mauvaise à gauche, avec des erreurs successives de 2 et 3 centimètres.

L'enfant est gaucher.

Les réflexes tendineux sont vifs. On ne retrouve aucun symptôme en faveur d'une hypervagotonie ou sympa-

thicotonie. Il ne serait pas émotif ; cependant le réflexe oculo-cardiaque donne un ralentissement de 4 seulement : 88-84-84. Et le réflexe solaire marque une très forte accélération : 88-120-92.

Du point de vue psychique, il a un âge mental normal ; il serait faux et méchant, mais l'influence familiale nous a semblé à la fois exagérer son appréciation et n'être pas étrangère aux réactions de l'enfant.

Chez ce gaucher, la réaction à l'excitation, tant visuelle qu'auditive, est plus rapide pour la main gauche que pour la main droite. La réponse parlée est nettement en retard.

Revu à la consultation le 16 mars 1934 : seuls, les défauts d'articulation et le bredouillement avaient été corrigés. Le bégaiement a presque entièrement disparu à la suite. A remarquer en même temps que l'enfant va en classe depuis 2 ans et qu'il n'est presque plus gaucher.

Cette dernière association de faits est particulièrement digne d'attention. Nous en rapprochons l'influence certainement néfaste de l'entourage familial comme aussi le retard de la parole et ce fait qu'il parle encore actuellement peu volontiers (tentatives de camouflage ?)

OBSERVATION 6.

Roger Du..., 7 ans 1/2.

Venu à la consultation le 26 mai 1932. Le bégaiement était apparu peu à peu vers l'âge de 4 ans sans cause déterminée.

L'enfant a parlé tard (papa, maman vers 2 ans 1/2) ; à 4 ans, son vocabulaire était encore très restreint, et il avait quelques défauts d'articulation.

Né par le siège, en état de mort apparente ; n'a pas eu de convulsions, mais était très nerveux et dormait mal. Il aurait eu à 3 mois une rougeole suivie de bronchopneumonie ? Ablation de végétations adénoïdes à 6 ans. Coqueluche et varicelle à 7 ans. 8 jours après cette varicelle, a fait une crise rhumatismale à la suite de laquelle aurait été constaté un souffle d'endocardite. Tout ceci sans aucune influence sur la parole.

Le père est nerveux et aurait parlé en retard ; il parle bien actuellement. La mère parle bien mais est gauchère.

Il n'y a pas d'autre enfant.

Il n'y a pas de bègues dans la famille ; mais un cousin germain est resté gaucher malgré tous essais de correction.

Le bégaiement est léger, uniquement clonique. Il existe en plus, du bredouillement et un léger retard de la parole. La syntaxe est encore enfantine, et il s'embrouille dans les phrases un peu longues.

A l'examen : la voûte palatine est légèrement plus creusée que normalement ; l'auscultation du cœur ne révèle rien d'anormal bien que l'enfant soit sujet à de petites crises articulaires.

Il respire et dort la bouche ouverte malgré l'opération antérieure. Il n'y a pas de troubles digestifs.

Par ailleurs : pas de strabisme, pas de nystagmus, pas de signes d'incoordination. Les réflexes tendineux sont plutôt faibles.

L'enfant, qui était gaucher, a cessé de l'être après une correction longue.

L'hypervagotonie est représentée ici par la grande émotivité avec pâleur de la face, la persistance de l'impression laissée par l'émotion pénible ; l'enfant est frileux, se pigmente facilement ; n'est pas constipé mais a peu d'appétit. Le réflexe oculo-cardiaque est presque positif : 84-72-84. Mais il est également nerveux avec des réactions vives et passagères. Il n'est pas rancunier. On peut obtenir une raie rouge légère peu persistante. Le réflexe solaire est nul : 84-84-84.

Du point de vue psychique les tests ont montré un retard de 8 mois.

Le 12 mars 1934 : le bégaiement a persisté ; les défauts associés de la parole, seuls, avaient été traités et guéris.

A noter, chez ce gaucher né d'une famille de gauchers, la constitution lente d'un bégaiement alors qu'il existait un retard de la parole ; cas rare de la persistance intégrale du bégaiement après guérison des défauts associés de la parole.

OBSERVATION 7.

René Ma..., 4 ans 1/2.

Amené à la consultation le 23 janvier 1932 pour un bégaiement apparu à 3 ans 1/2 de façon progressive mais rapide (3 semaines). Son origine est imprécise : la mère l'attribue d'abord à une émotion dont le rapport est bien peu net, puis à une coqueluche ; mais l'on précise que l'enfant avait déjà à ce moment des hésitations au début des phrases.

Il a parlé à 18 mois, correctement. A eu plusieurs infections intestinales. Depuis l'âge de 3 ans 1 2, il a fait la rougeole et la coqueluche, qui n'ont eu aucune influence sur son bégaiement débutant ; peu après le début de celui-ci, une opération pour végétations adénoïdes n'a apporté aucune amélioration, mais ne semble pas avoir aggravé directement le trouble élocutoire.

Le père et la mère ne semblent pas particulièrement nerveux, mais leur influence est grande sur le psychisme particulier de cet enfant.

Il n'y a ni bègues ni gauchers dans la famille.

Le bégaiement est léger, marqué par quelques répétitions et surtout par des hésitations (mode de début) ; quelques mouvements associés, localisés à la face, en particulier aux lèvres. Pallilalie intense.

Enfant de taille moyenne, blond aux yeux clairs. La voûte palatine est normale, les dents présentent de multiples caries. Le réflexe nauséeux est d'intensité moyenne.

Il n'y a pas de strabisme. On ne provoque pas de nystagmus, les marionnettes sont bien exécutées ; mais dans l'épreuve du doigt sur l'oreille, le doigt, tant à droite qu'à gauche, à plusieurs reprises atteint la région tragienne au lieu de se placer sur le haut du pavillon comme indiqué et compris.

Très émotif, il présente des signes d'hypervagotonie : l'émotion détermine une pâleur de la face avec sueurs ; il n'y a pas d'insomnie, mais la constipation est habituelle. Le réflexe oculo-cardiaque est assez net : 108 - 80 - 88.

Il est aussi très vif mais la réaction est passagère. Le réflexe solaire est inversé : 96 - 88 - 92.

L'enfant n'est pas gaucher et la réaction manuelle à une excitation visuelle est, tantôt plus rapide à droite,

tantôt plus rapide à gauche. Dans l'ensemble, les réponses sont assez vives et la réponse parlée est nettement en avance sur les deux autres. Il n'est pas timide. Sa timidité est élective pour certains actes qui déterminent une idée de honte : se déshabiller même devant sa mère, faire les marionnettes. Il aime particulièrement son père et ne veut pas le quitter.

Le 24 mars 1934 : le bégaiement est toujours aussi marqué, l'enfant n'ayant suivi aucune séance de rééducation.

Le frère aîné (7 ans 1/2 actuellement) a toujours continué à bien parler quoique en contact journalier avec le petit bégue.

En plus de ce fait, noter aussi le début tonique du bégaiement à l'âge de 3 ans 1/2, et le comportement psychique vis-à-vis du père et de la mère.

OBSERVATION 8.

Robert Va..., 13 ans.

Vu le 23 juin 1932 : il a commencé à bégayer vers l'âge de 5 ans, peut-être à la suite d'une peur. Cette origine est donnée par la mère, sans précision et à titre de simple hypothèse.

Il a parlé tard vers 3 à 4 ans et a gardé, jusqu'à 4-5 ans une syntaxe un peu enfantine.

Il n'a fait aucune maladie notable.

Le père n'est pas nerveux.

La mère, qui prétend être calme, ne peut, devant nous-mêmes, s'empêcher de reprendre son fils avec vigueur à propos de tout, et particulièrement de sa parole : sur notre remarque, elle nous fait comprendre que c'est son devoir.

Un frère (10 ans) parle bien, quoique en contact journalier avec son aîné.

Le bégaiement est uniquement clonique ; il s'accompagne de mouvements anormaux de la face et des mains.

La voix mue depuis 2 ou 3 mois. L'expiration ne dure que 14 secondes pour un A sonore.

C'est un enfant grand, mais bien proportionné, brun aux yeux bruns. La voûte palatine est normale, le réflexe nauséux extrêmement vif.

Il n'y a pas de strabisme. On ne provoque pas de nystagmus ; les marionnettes sont correctement exécutées ; mais l'épreuve du doigt sur le nez est défec-tueuse, tantôt à droite, tantôt à gauche. Les réflexes patellaires sont extrêmement vifs des deux côtés.

La réaction émotive est peu vive, passagère, ne s'accompagne ni de pâleur ni de rougeur marquée du visage, mais parfois de sueurs à la face. Il dort bien, n'est pas sujet aux ecchymoses mais se pigmente faci-lement au soleil. Il est habituellement constipé.

Le réflexe oculo-cardiaque est à peine marqué : 68 - 60 - 68 ; la compression épigastrique ne modifie pas la rapidité du pouls : 68 - 68 ; mais est suivie d'un léger ralentissement : 64, puis d'un retour au chiffre antérieur : 68.

Cet enfant est anxieux, comme le faisait prévoir, dès l'abord, son attitude et son regard. Il est contrarié par sa famille dans sa vocation ; il est en lutte avec tout le monde ; se bat avec son frère et ses camarades, parce qu'il s'estime lésé en telle ou telle chose.

Revu le 24 mars 1934 : le bégaiement est réapparu mais à peine marqué ; à noter qu'après le traitement, des mouvements des doigts persistaient. Le bafouil-lement est intense lorsqu'il parle vite et fait des phrases compliquées. L'écriture (à 15 ans 1/2) est très défec-tueuse avec des empiètements d'une ligne sur une autre, des arrêts qui s'inscrivent en espaces libres ; un appui très inégal de la plume.

Nous désirons revenir encore sur l'attitude psy-chique toute particulière de l'enfant et de la mère ; sur ce bégaiement datant de 8 ans et uniquement clonique ; sur la guérison jugée incomplète, vu la persistance de mouvements anormaux des doigts ; sur ce que le frère ne bégaié pas.

OBSERVATION 9.

Jean Ba..., 11 ans.

Vu le 13 octobre 1932 : il bégaié depuis l'âge de 5 ans. Ce bégaiement est apparu progressivement et sans cause invoquée.

Né dans de bonnes conditions (sommet). N'a pas eu de convulsions. Peu après se serait développé un hydrocéphale, mais peu marqué, et non persistant.

Il a dit ses premiers mots à 18 mois, et s'est mis à parler correctement et posément. Il a eu la rougeole à 4 ans, a bégayé à 5 ans, a fait la coqueluche peu après, ce qui n'a pas modifié la parole.

Il respirait mal et, pour cette raison, a été opéré de végétations adénoïdes à 6 ans. A la suite de cette intervention, de l'aveu de la mère, le bégaiement s'est très notablement aggravé.

Le père est très nerveux. Il parle bien et lentement. La mère, d'une santé précaire, est très nerveuse, et surtout extrêmement émotive.

De deux enfants nés avant Jean (sièges) : l'aîné est mort à 2 mois 1/2, il avait une hémia-trophie du palais. La sœur a aujourd'hui 19 ans, elle a toujours bien parlé. Il n'y a pas de bègues dans la famille ; mais 3 gauchers, le grand-père maternel, une tante et une grand'tante maternelles.

Le bégaiement, marqué par des répétitions initiales, s'accompagne de trémulations intenses de tous les muscles de la face. Il s'accroît le soir, à la fatigue, et par temps froid ; il disparaît, lorsque l'enfant est en colère, lorsqu'il crie, et à toute émotion forte (noyade).

L'expiration est raccourcie : 15 secondes pour un A sonore.

De taille moyenne, bien proportionné, il est châtain clair, les yeux sont brun clair. La voûte palatine est normale, les dents, régulières, non cariées ; le réflexe nauséeux, d'intensité moyenne. Il n'y a pas de strabisme. Dans la position extrême du regard, à droite, on remarque quelques secousses nystagmiformes ; les épreuves d'incoordination sont correctement exécutées. Les réflexes patellaires sont faibles, l'hyperesthésie superficielle marquée.

On trouve à la fois des signes cliniques d'hypervagotonie et d'hypersympathicotonie : pâleur à l'émotion, avec persistance des pensées déterminées par l'impression pénible. Mais il a aussi des réactions extrêmement vives, des colères brusques et passagères. Il brunit mais présente aussi des érythèmes solaires. Il a parfois des insomnies. Les réflexes cardiaques sont en faveur d'une vagotonie dominante : réflexe oculaire : 72-60-64.

Réflexe épigastrique : 60-52-56, donc inversé ; dans les deux cas, il y a persistance du ralentissement.

C'est un enfant intelligent, qui travaille bien ; si son faciès endormi lui est à première vue défavorable, cette impression disparaît aussitôt qu'il s'anime. L'influence familiale est à souligner : il est bon, dit-on, mais jaloux de sa sœur et celle-ci est « si bonne, si douce !..., etc... »

A noter enfin qu'il chante juste et possède un rythme parfait.

Revu le 13 avril 1934 : la persistance des mouvements des lèvres et des sourcils avait fait craindre, après guérison, une récurrence du bégaiement : celle-ci s'est produite en effet, mais peu accentuée.

L'écriture (13 ans) est mauvaise : lignes ondulées, appui inégal, espaces entre les syllabes, lettres anguleuses.

En résumé, bégaiement aggravé par une ablation, pourtant justifiée, de végétations adénoïdes ; récurrence prévue à cause des mouvements anormaux persistants des lèvres ; influence familiale néfaste ; 3 gauchers dans la famille maternelle.

OBSERVATION 10.

Jacques Ro..., 13 ans.

Amené à la consultation, le 24 octobre 1932, pour un bégaiement qui s'est manifesté nettement vers 4 ans 1/2 ; mais il semble qu'il ait déjà existé plus tôt de façon fruste, sans qu'on obtienne sur ce point de précision valable.

Il a eu la coqueluche à 2 ans, et plusieurs fois des troubles intestinaux, qui sont restés sans influence sur la parole.

Il n'y a pas de bègues dans la famille.

Le bégaiement, assez intense, est uniquement élocutoire ; il s'y ajoute de nombreux mouvements des muscles de la face, qui s'associent parfois en grimaces.

Ces troubles sont plus marqués dans le parler spontané que dans la lecture. La tenue de la voyelle A ne dépasse pas 14 secondes.

En outre : bafouillage, voix voilée, déformation des S et des Z, due probablement au mauvais articulé dentaire.

Sujet grand et bien musclé. Très brun.

Il présente des déformations osseuses céphaliques : le crâne est petit, allongé, rétréci latéralement ; le massif facial contraste par son développement plutôt un peu exagéré, le maxillaire supérieur est légèrement proéminent, alors que le maxillaire inférieur est en rétro-position et, il s'en faut de 5 millimètres, que les deux arcades dentaires correspondent. De nombreuses dents sont cariées. Le réflexe nauséeux est nul.

On constate en outre un strabisme interne gauche, qui a toujours existé.

On ne provoque pas de nystagmus. Les épreuves de coordination sont correctement exécutées sauf celle du doigt sur le nez, du côté droit seulement, mais à plusieurs reprises. Les réflexes tendineux sont faibles. On trouve peu de signes d'excitabilité vago-sympathique : l'enfant est assez vif ; il pâlit lors d'une émotion forte. Le réflexe oculo-cardiaque donne les chiffres suivants : 96-76-80. Le réflexe solaire est inversé : 80-68-80.

Il est timide.

Quoique n'étant pas gaucher, la réponse à une excitation est plus prompte pour la main gauche que pour la main droite. La réponse verbale est nettement en retard.

Revu le 18 mars 1934 : le bégaiement est guéri, mais il persiste cependant une légère tendance à accrocher, le soir, lorsqu'il est très fatigué, ou qu'il veut parler très vite dans une discussion.

L'écriture présente des empiètements, des espaces libres, traduction des arrêts dans la rédaction, un appui inégal de la plume ; les finales sont un peu compliquées. Enfin on note quelques croisements en X.

Nous soulignons, dans cette observation, l'existence d'un strabisme interne gauche et la plus grande rapidité de la réponse manuelle gauche, bien que l'enfant, dit-on, n'ait jamais été gaucher ; nous en rapprochons la moins bonne exécution par la main droite des épreuves de dysmétrie,

OBSERVATION 11.

Jean Gr..., 4 ans.

Vu la première fois, le 28 novembre 1932 : le début du bégaiement est impossible à préciser, l'enfant étant en nourrice en Normandie. A remarquer qu'il entendait à la fois le français et le patois normand. Il a parlé tard et mal. Il a toujours hésité au début des mots et parfois avec une inhibition complète.

Il n'a eu aucune maladie si ce n'est des troubles intestinaux qui n'influençaient aucunement la parole. Il en fut de même de l'ablation de végétations adénoïdes.

Le père n'est pas nerveux ; la mère semble calme.

Un frère de 2 ans parle peu : il est lui aussi en nourrice en Normandie.

Un oncle maternel, non vu par l'enfant, bégaié légèrement depuis l'âge de 13 ans.

Le bégaiement est léger, tonique. Mais il existe un gros retard de la parole avec absence de presque toutes les consonnes finales. Le CH est prononcé comme un J, le S comme un Z.

La voûte est normale. Les dents presque toutes cariées. Léger livedo.

Il n'y a pas de strabisme. On ne provoque pas de nystagmus ; les épreuves de coordination sont correctes. Les réflexes tendineux sont faibles.

On ne trouve aucun signe clinique d'hypervagotonie, et le réflexe oculo-cardiaque est inversé : 92-100-92. Par contre, la réaction, vive et passagère à l'émotion, avec rougeur de la face, est en faveur de la prédominance du tonus sympathique.

Revu le 19 mars 1934 : le retard de la parole et les blésités avaient seuls fait l'objet d'un traitement, le bégaiement a presque disparu.

A retenir ici : l'influence possible du bilinguisme chez un prédisposé, l'amélioration spontanée du bégaiement, à la suite de la guérison des autres troubles de la parole associés.

OBSERVATION 12.

Maurice Lad..., 7 ans.

Amené à la consultation, le 29 décembre 1932, pour un bégaiement apparu à 4 ans, à la suite d'une peur, dit-on. Le bégaiement était apparu, 3 semaines après que l'enfant avait été mordu par un chien, et s'était dès lors affirmé progressivement.

Né à terme, après une grossesse normale, pendant laquelle la mère avait été traitée pour la syphilis.

Peu après la naissance, on aurait parlé d'hydrocéphalie ; la tête était grosse. Il a eu, dans le jeune âge, de fréquentes infections intestinales ; il urinait au lit jusqu'à l'âge de 5 ans. Il a eu à 6 ans la rougeole puis la typhoïde. Il a été opéré deux fois pour végétations adénoïdes. Tout ceci, sans influence sur les défauts de la parole. Il en est de même du traitement spécifique (sulfarsénol) commencé très tôt, suivi régulièrement, et continué encore actuellement.

A remarquer enfin que l'enfant a été mis en nourrice et qu'il a parlé tard et mal.

Le père n'aurait parlé qu'à 7 ans ; la mère ne présente aucun signe pathologique, en particulier d'ordre syphilitique. La réaction de Bordet-Wassermann, pratiquée à plusieurs reprises chez les parents, s'est montrée, tantôt positive, tantôt négative, sans qu'on puisse préciser par rapport à un traitement, par ailleurs douteux.

Maurice est le troisième enfant : un frère né à terme ne pesait que 2 kgr. 1/2 et malgré cela le forceps a été employé (accouchement trop long ?) ; il est mort à 3 mois. Le deuxième enfant était une fille ; née à terme spontanément, elle est morte à 2 mois. Aucune cause n'est invoquée pour expliquer ces deux décès.

Il n'y a ni bègues, ni gauchers dans la famille.

Le bégaiement est uniquement clonique. Il y a peu de mouvements associés, en particulier, l'enfant ne remue pas les lèvres et tient la bouche presque fermée en parlant.

La respiration nasale est totalement absente. L'expiration vocale ne dépasse pas 9 secondes.

En outre : bredouillement et zéaiement. Syntaxe normale.

C'est un enfant petit, peu musclé ; châtain foncé ; yeux brun clair.

L'examen montre des stigmates osseux multiples :

Au niveau du crâne : saillie des sutures fronto-pariétales ; saillies des bosses pariétales ; aplatissement de l'écaille occipitale.

La voûte palatine n'est pas ogivale. Les dents ne sont pas cariées ; mais, quoique ne présentant pas de malformations nettes, sont mal implantées ; les 2 incisives supérieures médianes sont fortement écartées. Les deux incisives supérieures latérales ne sont pas apparues à 8 ans.

Le nez a une forme normale. Il n'y a pas de strabisme ; on ne provoque pas de nystagmus et les épreuves de coordination sont particulièrement bien exécutées des deux mains. Les réflexes tendineux sont vifs ; le réflexe nauséeux, d'intensité moyenne.

L'enfant est encore gaucher, quoique repris — assez faiblement.

On trouve un mélange de signes cliniques vago-sympathiques : facilement impressionnable, il pâlit à l'émotion ; se pigmente facilement au soleil. Il dort bien. Le réflexe oculo-cardiaque est normal : 88 - 80 - 84 - 88, le ralentissement persistant un peu.

D'autre part, il est coléreux, avec des réactions extrêmement vives, encore que de courte durée. Le réflexe solaire est inversé : 88 - 84 - 88.

L'enfant semble assez craintif, ne regarde pas en face pendant l'examen.

A remarquer enfin, que, chez ce gaucher, la réponse à une excitation visuelle est nettement plus précoce, pour la main gauche que pour la main droite. La réponse parlée est la plus lente.

Revu le 24 mars 1934 : le bégaiement, presque disparu, sous la seule influence de la guérison des défauts de la parole qui lui étaient associés, vient de récidiver depuis 15 jours, mais sur un mode mineur.

Cette observation, d'un gaucher hérédosyphilitique, illustre deux faits : l'absence d'action du traitement spécifique sur le bégaiement et l'influence favorable de la seule guérison thérapeutique des troubles de la parole associés.

OBSERVATION 13.

Jacques So..., 7 ans 1/2.

Vu le 25 mars 1933 à la consultation : l'apparition du bégaiement a coïncidé avec le changement de la Maternelle à la « Grande Ecole ».

Il a parlé tard (3 ans) et mal. Il est entré à l'école maternelle à 3 ans. Il a eu successivement entre 3 et 5 ans : la varicelle, la coqueluche, la rougeole et la scarlatine, qui n'ont eu aucune influence sur la parole.

Le père et la mère sont très émotifs, ils n'ont aucun défaut de parole.

Il y a un bègue dans la famille : un oncle maternel, âgé de 20 ans, et peu vu de l'enfant ; il y a 4 gauchers : le père de l'enfant, son grand-père maternel, son oncle maternel, son frère enfin.

Le frère continue à se servir de sa main gauche, malgré les efforts de la famille ; mais il ne bégaié pas et il est en contact journalier avec son frère bègue ; à l'inverse de ce dernier, il n'est pas émotif.

Le bégaiement est à la fois tonique et clonique ; il s'accompagne de mouvements choréiformes des mains et des lèvres. Les phrases sont entrecoupées d'inspirations et précédées d'une inspiration bruyante.

Enfant petit pour son âge, très brun. Il ne présente aucun signe somatique pathologique ; il n'y a pas de strabisme. On n'obtient pas de nystagmus ; les signes d'incoordination sont négatifs, encore que l'épreuve du doigt sur le nez soit moins correctement exécutée à droite. Les réflexes tendineux sont vifs. L'enfant n'est pas gaucher.

Il existe des symptômes légers, appartenant à l'hyper-vagotonie comme à l'hypersympathicotonie : l'enfant n'est pas constipé, et dort bien ; mais il est assez frileux et sujet à la pigmentation solaire ; inversement, ses réactions émotives sont très vives, avec rougeur, tremblement, et accès de colère violents, mais passagers. Le réflexe oculo-cardiaque est vif et positif : 92 - 84 - 92 ; mais le réflexe solaire l'est aussi : 84 - 96 - 84.

Il présente en outre une réaction très spéciale : tous les moyens de transport provoquent chez lui des nausées et souvent des vomissements.

Il semble assez timide, tient la tête baissée durant

l'examen et « regarde en dessous ». De même, le ricinement qui lui est habituel, semble un moyen de défense contre sa timidité.

Revu le 9 mars 1934 : l'impossibilité de voyager n'avait pas permis de continuer les séances de rééducation (5). Le bégaiement est toujours aussi marqué, avec ses mêmes caractéristiques, et ses mouvements associés plutôt exagérés.

On remarque ici un bégaiement clonico-tonique, datant d'à peine 2 ans, chez un prédisposé né d'une famille de bègues et de gauchers. Le frère, qui n'est pas émotif persiste à bien parler, malgré qu'il soit gaucher, qu'on essaie de le corriger, et qu'il vive avec notre malade.

OBSERVATION 14.

Paulette P..., 10 ans 1/2.

Est vue à la consultation, le 4 avril 1933. Son bégaiement est apparu à l'âge de 7 ans, progressivement, et sans cause invoquée. Elle avait parlé à l'âge normal et correctement.

Entre 7 et 10 ans, elle a eu les oreillons, la rougeole, la coqueluche, et, il y a 2 mois, la diphtérie avec bubon. Aucune variation en plus ou en moins ne s'est manifestée dans le trouble élocutoire.

Le père a parlé tard et avec difficulté ; il ne bégayait pas, mais il persiste actuellement une légère hésitation initiale (qui est peut-être un bégaiement fruste (?). Il est nerveux.

La mère parle bien, est très émotive.

Les deux sœurs cadettes (9 et 4 ans) ont parlé correctement et à l'âge normal ; quoique en contact journalier avec une sœur bègue, elles ne bégaiant pas. Il n'y a pas de gauchers dans la famille, pas de bègues dans l'entourage et à l'école.

Le bégaiement est clonique, très intense, avec quelques mouvements, en particulier des épaules, qui se soulèvent fortement. La voix est sourde, voilée. L'expiration est très courte (5 secondes pour un A sonore). Il n'y a pas de défaut articulatoire associé.

A l'examen, on constate l'existence d'une voûte palatine ogivale ; les dents sont bien implantées, non cariées.

Il n'y a pas de strabisme. On ne provoque pas de nystagmus ; les signes d'incoordination sont négatifs ; les réflexes tendineux, plutôt faibles.

Il existe à la fois des symptômes d'hypertonie sympathique et vagale : réaction émotive vive et passagère avec rougeur de la face ; insomnie et constipation opiniâtre. Le réflexe oculo-cardiaque est cependant fortement positif : 120-100-120.

C'est une enfant timide et d'une intelligence très peu au-dessous de la moyenne de son âge (moins 10 mois).

Elle n'est pas gauchère, et la réaction à une excitation sonore est plus rapide de la main droite.

Revue le 5 février 1934 : elle achoppe encore légèrement lorsqu'elle est en proie à une vive émotion. Elle peut réciter ses leçons en classe sans fautes.

En résumé, observation d'un bégaiement marqué chez une fille prédisposée, ayant un père peut-être bègue, mais bègue ignoré. Absence de « contagion » chez les deux jeunes sœurs.

OBSERVATION 15.

Yvonne Br..., 14 ans.

Venue à la consultation le 25 avril 1933 pour un bégaiement apparu à 4 ans brusquement, du jour au lendemain. Deux ou trois jours auparavant, elle avait eu une frayeur intense avec relâchement des sphincters.

Elle avait dit ses premiers mots à 9 mois, et, jusqu'à 4 ans, avait bien parlé.

Née dans des conditions normales, n'a pas eu de convulsions ; coqueluche à 9 mois ? rougeole à 5 ans 1/2, compliquée d'otite. Des troubles intestinaux assez fréquents sont de même restés sans influence sur le bégaiement.

Le père parle vite, la mère a zézayé jusqu'à 19 ans ; actuellement, elle réfléchit avant de commencer une phrase ; et émet convulsivement 2 ou 3 fois une syllabe

(tsi-tsi). Elle est atteinte d'une surdité d'intensité moyenne. Elle est gauchère.

Une tante maternelle et l'arrière-grand'mère maternelles sont gauchères.

Il n'y a pas de bègues dans la famille.

Le bégaiement, d'abord léger, a augmenté progressivement à partir de 11 ans, aggravation mise sur le compte de la peur. Actuellement, bégaiement intense tonique et clonique, les répétitions étant initiales, moyennes et finales. Les phrases sont souvent précédées d'une syllabe répétée 2 ou 3 fois (si) ; l'expiration sonore ne dépasse pas 15 secondes.

Une première rééducation avait amené la guérison, mais il persistait de petits mouvements des lèvres.

Une peur est alors suivie d'un mutisme, suivi d'une réapparition du bégaiement. Cette nouvelle crise s'accompagne de mouvements des lèvres, de clignements des yeux, qui persistent en l'absence de la parole. Débit très rapide, entrecoupé de soupirs ; la respiration abdominale présente de grosses anomalies. Les sécrétions salivaires et pituitaires sont abondantes.

C'est une fillette grande et mince aux lignes longues ; brune, yeux bruns aux conjonctives bleutées.

La voûte palatine est normale, les amygdales ne sont pas grosses, les dents sont bien implantées et non cariées. Légère proéminence du maxillaire supérieur avec mauvais articulé dentaire.

On ne constate pas de strabisme. On ne provoque pas de nystagmus, on ne trouve pas de signe d'incoordination. Les réflexes tendineux sont vifs.

On trouve à la fois des symptômes d'hypertonie du vague et du sympathique ; elle pâlit pour une émotion très forte, avec tendances lipothymiques ; elle reste longtemps sous l'influence d'une impression pénible. Le réflexe oculo-cardiaque donne les chiffres suivants : 84-70-84. Mais elle rougit pour une émotion faible ou agréable, avec parfois tremblement, elle n'a pas d'insomnies, et est sujette aux érythèmes solaires. Le réflexe solaire est légèrement positif : 84-90-88.

L'anxiété est très marquée ; en particulier en ce qui concerne son bégaiement ; elle pense qu'il est dû à des végétations adénoïdes (qui n'existent pas) et réclame une opération. Elle est craintive mais non timide.

A remarquer qu'elle était gauchère, qu'elle a été

fréquemment grondée et n'a commencé à se servir de sa main droite qu'à l'âge de 10 ans.

Elle écrit régulièrement, mais avec un léger tremblement : les lignes sont ondulées ; l'appui de la plume est inégal, avec des arrêts laissant des espaces libres ; des lettres sont anguleuses, d'autres refaites.

Le 18 avril 1934 on commence une seconde rééducation.

C'est un exemple assez rare de bégaiement émotionnel. La possibilité d'une récurrence avait été prévue. Famille de gauchers.

OBSERVATION 16.

Jacques Ni..., 11 ans 1/2.

Amené à la consultation pour un bégaiement survenu à l'âge de 4 ans, attribué par la mère à des émotions. La date de celles-ci montre qu'il n'y a aucun rapport : l'enfant hésitait et répétait déjà auparavant.

A eu la coqueluche à 1 an, la varicelle à 2 ans, une rougeole compliquée de broncho-pneumonie à 5 ans et plusieurs angines. Il a subi 2 opérations pour végétations adénoïdes et une amygdalectomie : tout ceci, sans influence sur sa parole.

A remarquer que, depuis son enfance, il a des tics variés.

Le père et la mère, un peu nerveux, parlent bien. Il n'y a pas d'autre enfant.

Un oncle maternel a été refusé au Service militaire pour bégaiement ; un cousin germain (côté maternel) a un léger bégaiement qui s'extériorise lorsqu'il soutient une discussion.

Ce bégaiement à la fois clonique et tonique s'accompagne de rougeur et de mouvements choréiformes de la face.

Ce bégaiement est remarquable par ses intermittences. Il a pris très tôt l'habitude d'ajouter « ne » avant chaque phrase.

C'est un enfant aux lignes longues, très blond, avec des yeux pâles, le teint est pâle mais sans anémie.

La voûte palatine est ogivale ; il n'y a pas de stra-

bisme ; on ne provoque pas de nystagmus ; les signes d'incoordination sont négatifs ; les réflexes tendineux sont faibles.

Ici encore, il y a un mélange de symptômes d'hyper-tonie du vague et du sympathique : l'émotion provoque tantôt de la pâleur de la face avec lipothymie (il a eu une syncope), tantôt une rougeur de la face avec tremblement et spasmes œsophagiens persistants. Une impression pénible est durable. Il brunit au soleil ; il n'y a pas d'hyperesthésie superficielle.

Le réflexe oculo-cardiaque donne les chiffres suivants : 112-108-104 (vraisemblablement faussé par l'émotion). Le réflexe solaire, pris dans de meilleures conditions, est à peine exagéré : 92-96-92.

L'enfant ne présente aucune timidité.

Revu le 9 mars 1934 : la guérison après rééducation avait semblé suspecte, vu la persistance de tics. Actuellement en effet, il existe une très légère hésitation de la parole lorsque l'enfant est très fatigué.

Cette observation montre un début clono-tonique de bégaiement, l'apparition précoce de syllabes préfixes, et la précarité de la guérison, lorsque persistent des tics.

OBSERVATION 17.

Georges Fo..., 5 ans 1/2.

Vu le 26 mai 1933 pour un bégaiement apparu à 3 ans 1/2, dans des conditions remarquables : né au Maroc, il a parlé à la fois français et marocain jusqu'à l'âge de 3 ans 1/2 ; il est alors ramené en France, parle le patois des Deux-Sèvres et il commence à bégayer. Bégaiement d'apparition progressive, marqué d'abord par une simple hésitation au début des mots.

Cet enfant a présenté un retard général : il a eu sa première dent à 1 an ; il a marché à 20 mois, il a parlé très tard.

Il était très émotif ; il a eu la rougeole et la varicelle vers 4 ans, il a subi une amygdalectomie : tout ceci, sans influence sur le bégaiement.

Il était gaucher, mais est actuellement corrigé.

Le père ne présente rien d'anormal.

La mère a été hospitalisée 3 mois à Henri-Roussel, pour des troubles psychiques mis sur le compte d'une encéphalite dont on ne retrouve aucun des symptômes par interrogatoire.

Il n'y a pas d'autre enfant.

Il n'y a pas de bègues dans la famille, mais le grand-père maternel est gaucher.

Le bégaiement, presque uniquement clonique, s'accompagne de gros troubles respiratoires ; il s'y surajoute du bredouillement, du zézaïement et un léger retard de la parole portant sur : TR et GR.

L'enfant est petit, trapu, brun.

La voûte palatine est légèrement ogivale mais la suture médiane est saillante.

Il n'y a pas de strabisme ; pas de nystagmus, les épreuves de coordination sont exécutées correctement. Les réflexes tendineux sont vifs.

On ne trouve que très peu de signes d'ordre vago-sympathique : l'émotivité du jeune âge a presque entièrement disparu, l'enfant n'a pas une vivacité particulière ; on note seulement une constipation habituelle et une pigmentation solaire facile. Le réflexe oculo-cardiaque n'a pu être étudié correctement : la compression du seul œil gauche donnait : 72-88-72. Le réflexe solaire est inversé : 84-80-84.

Il faut remarquer que l'enfant n'est plus gaucher mais que la réponse à une excitation, tant auditive que visuelle, est beaucoup plus prompte par la main gauche que par la main droite ; la réponse parlée est en retard.

Revu le 16 mars 1934 : La rééducation avait porté uniquement sur les troubles de la parole associés au bégaiement. Celui-ci s'est amélioré spontanément.

Cette observation met en lumière le rôle du trilinguisme, le début tonique d'un bégaiement chez un gaucher à hérédité chargée, enfin, l'amélioration spontanée du bégaiement à la suite de la guérison des troubles associés.

OBSERVATION 18.

Raymond Gu..., 6 ans.

Vu le 31 mai 1933 : avait parlé correctement à l'âge habituel. Le bégaiement est apparu vers l'âge de 3 ans 1/2, mais progressivement ; il y avait des bègues à l'école.

Il a eu la rougeole à 12 ans ; des crises d'infection intestinale dont la coïncidence avec des recrudescences du bégaiement ne peut être affirmée ; une ablation de végétations adénoïdes à 4 ans est restée sans influence sur le bégaiement.

Le père et la mère ne présentent rien d'anormal. Il n'y a pas d'autre enfant. Il n'y a pas de bègues dans la famille.

Le bégaiement, assez intense, de type clonique, s'accompagne de rougeur légère de la face et de mouvements choréiformes des lèvres.

En outre, il existe un retard de la parole assez marqué : Raymond parle comme un enfant de 4 ans.

Trapu, musclé ; châtain foncé, frisé.

L'examen ne révèle rien de pathologique : voûte palatine normale, bonne dentition. L'intestin est maintenant régulier. Livédo.

Il n'y a pas de strabisme : les pupilles sont en myosis ; pas de nystagmus ; les épreuves de coordination sont bien exécutées. Les réflexes patellaires sont faibles.

L'enfant n'est ni nerveux, ni émotif. On ne trouve d'ailleurs aucun symptôme vago-sympathique, mais le réflexe oculocardiaque est inversé : 76-80-76.

Le psychisme n'offre rien de particulier.

A noter enfin, que, chez ce droitier, la réponse à une excitation auditive est plus précoce par la main droite que par la main gauche. La réponse parlée est en retard.

La marche est régulière, mais il y a assez souvent des chutes sans raison apparente : l'existence d'un genu valgum bilatéral et très marqué à droite peut les expliquer.

A la suite du traitement isolé du retard de la parole, le bégaiement avait notablement diminué. Un traitement direct a complété la guérison. Mais il persistait encore de petits mouvements des lèvres, avant la parole.

Revu le 5 février 1934 : il présente encore quelques légers accrochages lorsqu'il est fatigué, surtout le soir.

A remarquer ici que le retard de la parole semble — en partie tout au moins — secondaire au bégaiement ; la guérison du retard améliore beaucoup le bégaiement ; malgré la guérison complète de ce dernier, la persistance de petits mouvements anormaux nous avait fait réserver l'avenir.

OBSERVATION 19.

Roger To..., 5 ans.

Amené à la consultation le 10 octobre 1933.

Il a parlé à l'âge normal, et correctement ; il bégaié depuis l'âge de 3 ans 1/2 : le début a été progressif mais aussi rapide. L'enfant avait eu peur d'un chien, 15 jours ou 3 semaines avant.

Il a eu deux fois des convulsions : la première allait de pair avec une poussée dentaire, la seconde, à 4 ans 1/2, s'accompagnait de fièvre. Il a uriné au lit jusqu'à cet âge. Enfin coqueluche, rougeole et oreillons n'ont pas eu davantage d'influence apparente sur le bégaiement.

Le père parle bien, il n'est pas nerveux ; la mère parle vite, est nerveuse, et a fréquemment des tics.

Il y a 3 autres enfants : une sœur de 11 ans qui parle vite, un frère de 7 ans qui parle bien (ce dernier est né à 7 mois 1/2, mais après un accident, et les 3 autres sont nés à terme). Aucun d'eux ne bégaié quoique en contact journalier avec Roger. Un deuxième frère a 8 mois ; il est en bonne santé.

Le grand-père maternel, était bègue dans sa jeunesse.

Il n'y a pas de gaucher dans la famille.

Le bégaiement est de type clonique et s'accompagne d'anomalies respiratoires et de quelques mouvements, des lèvres surtout.

Il y a en outre un léger retard de la parole qui semble donc secondaire au bégaiement.

L'examen ne révèle rien de pathologique : voûte et dentition normales, quelques dents cariées ; pas de strabisme, pas de nystagmus provoqué. Les épreuves d'incoordination sont bien exécutées.

Il n'y a pas de signes d'hypervagotonie cliniques et le réflexe oculaire est normal : 92 - 84 - 92. Par contre la réaction émotive est vive, passagère, et s'accompagne de rougeur de la face ; l'enfant est sujet aux érythèmes solaires, mais le réflexe épigastrique est inversé : 92 - 84 - 92.

Noter enfin que cet enfant n'est pas gaucher, et que la réponse à une excitation visuelle est nettement plus rapide à droite. La réponse parlée est en retard sur les deux réactions manuelles.

Revu le 16 mars 1934 : bégaiement non modifié, l'enfant n'étant pas venu se faire soigner.

Cette observation souligne deux points intéressants : le bégaiement attribué à une émotion avec un décalage minimum de 15 jours ; l'absence de contagion familiale.

OBSERVATION 20.

Jean Maz..., 9 ans.

Vu à la consultation le 31 octobre 1933 ; le bégaiement date du tout jeune âge (2 ans environ) sans qu'il soit possible de préciser au delà. A 4 ans, il bégayait peu ; à ce moment, une peur à l'occasion d'un incendie ne semble pas avoir provoqué une très sensible aggravation quoique on lui ait primitivement rapporté l'origine du bégaiement ; le trouble s'est notablement exagéré depuis la fréquentation scolaire.

Né à terme, après une grossesse normale, il pesait 4 kgr. 1/2 (forceps). Il a eu une bronchite à 3 mois et continue à faire tous les ans une nouvelle bronchite avec 40°. Oreillons à 3 ans. Opération pour végétations adénoïdes à 5 ans. Varicelle et coqueluche à 6 ans. Rougeole à 7 ans. Il aurait eu un accès de faux croup à 8 ans 1/2. Enfin à plusieurs reprises, il a présenté des « convulsions internes » avec pâleur intense du visage et mouvements convulsifs.

Pas de bégues dans la famille ; un oncle, mort avant la naissance de l'enfant, avait un défaut de la parole qu'on ne put faire préciser. Une sœur de 16 mois est en bonne santé et une grossesse suit actuellement un cours normal.

Le bégaiement léger, tonico-clonique, s'accompagne de gros troubles du rythme respiratoire pendant l'émission vocale, et de très légers mouvements des lèvres. La voix est juste et claire. Le rythme musical est assez bien suivi.

C'est un enfant assez grand, maigre, aux lignes longues ; châtain clair.

À l'examen, les dents présentent quelques caries, mais une implantation normale. La voûte palatine ogivale est très fortement creusée en coup de pousse.

La constipation autrefois habituelle a disparu et il ne persiste aucun trouble digestif.

L'enfant est assez nerveux, rougit facilement, avec, parfois, sudation localisée, surtout à la face.

Il serait têtue au dire de la mère ; il est certain que des erreurs éducatives ne sont pas étrangères aux défauts de caractère qu'on lui prête. L'écriture (sous dictée) est encore enfantine. On note des espaces libres, des lettres anguleuses, un appui inégal.

23 janvier 1934 : le bégaiement est très amélioré, mais il persiste des mouvements choréiformes légers des lèvres. La rééducation doit être achevée, mais l'enfant n'est pas ramené à la consultation.

Remarquer ici : le début très précoce. La persistance de très petits mouvements des lèvres, malgré la quasi disparition du trouble élocutoire.

OBSERVATION 21.

Jean Dr..., 7 ans.

Vu en décembre 1933 : il n'a dit ses premiers mots qu'à 2 ans 1/2 et parlait mal. Il n'a commencé à faire des phrases qu'à 6 ans et c'est depuis lors, que la mère s'est aperçue qu'il bégayait ; elle n'invoque pas de cause particulière.

Né dans de bonnes conditions ; il n'a pas eu de convulsions ni aucune maladie notable.

Dès son plus jeune âge, on a remarqué qu'il était gaucher ; malgré les réprimandes continuelles, il est encore aujourd'hui plus fort de la main gauche et s'en sert volontiers.

Le père est très vif.

La mère présente des symptômes manifestes d'hyper-vagotonie ; le réflexe oculo-cardiaque est chez elle faiblement positif. Elle est très vive et est obligée, dit-elle, de se « dominer » ; elle est anxieuse, et, durant l'examen, elle fait preuve d'une inquiétude particulière, s'enquérant de la signification de toutes nos recherches.

Jean a deux sœurs plus âgées que lui (12 et 9 ans), qui vivent avec lui et parlent bien. La plus jeune, que nous avons vue, est émotive, son réflexe oculo-cardiaque faiblement positif, avec écrasement de la courbe du pouls ; elle lit couramment mais très vite et sans rythme.

Un oncle, rarement vu, ne bégaié pas, mais a un léger achoppement syllabique.

Le bégaiement est très marqué, surtout lorsqu'il parle vite ou n'a pas préparé sa réponse ; il y a alors un arrêt avec rougeur du visage et trémulation des lèvres, et la phrase, enfin commencée, est achevée. Hésitation prémonitoire suivie d'une ou deux répétitions de la première syllabe.

Mais il parle peu volontiers et escamote toutes les difficultés d'articulation. Retard associé de la parole.

Enfant plutôt petit, très brun, yeux noirs.

Il ne présente aucun signe pathologique. Ses réactions émotives sont du type hypersympathicotonique, vives, violentes mêmes, avec rougeur de la face mais sans persistance. Il est très nerveux.

Aucun signe n'existe en faveur d'un tonus exagéré du vague. Les réflexes cardiaques sont différents : la compression oculaire ne détermine qu'un faible ralentissement : 92 - 80 - 88 ; la pression épigastrique provoque un ralentissement considérable : 84 - 68 - 92.

A remarquer enfin que ce gaucher, quoique en partie déshabitué, réagit à une excitation auditive plus rapidement de la main gauche, tandis que sa sœur, droitère, répond plus promptement de la main droite.

31 janvier 1934 : le retard de la parole est complètement guéri. Le bégaiement est considérablement amélioré : la parole est parfaite à la consultation.

Nous insistons, dans cette observation d'un gaucher déshabitué, sur la forme tonique du bégaiement, notée dès le début ; sur l'influence maternelle défavorable, sur la guérison par un traitement qui s'est

presque uniquement adressé au retard de la parole.

OBSERVATION 22.

André Re..., 12 ans 1/2.

Vu à la consultation, en octobre 1933, pour un bégaiement apparu à l'âge de 3 ans.

Il a parlé tard et mal : il dit ses premiers mots à 18 mois ; il est alors envoyé chez les grands-parents maternels. Quand il a 3 ans, son père remarque qu'il a quelques hésitations avec spasmes ; à 7 ans, il est ramené chez ses parents, la parole est à peu près compréhensible, mais la syntaxe est bouleversée.

Né à terme dans des conditions normales, il a marché à 9 mois ; il a été opéré entre 3 et 4 ans : végétations adénoïdes, hypertrophie amygdalienne ; rougeole à 7 ans. Ceci, sans influence sur le bégaiement.

Il n'y a pas d'autres enfants, il n'y a pas eu de fausses couches.

Les antécédents familiaux sont remarquables :

Du côté maternel : la mère, anxieuse et émotive, répète devant l'enfant que le bégaiement est héréditaire, que tous les hommes bégaiant dans la famille, et laisse entendre qu'il ne pouvait en être autrement avec son fils. La grand'mère parle vite ; pas de bègues.

Du côté paternel : le grand-père, bègue, a eu 10 enfants : Premièrement, le père du bègue. Deuxièmement, 6 autres garçons parmi lesquels, 3 sont morts de convulsions, 2 ont présenté des défauts de la parole ; le dernier est bègue et gaucher, et l'un de ses fils (cousin germain de notre malade) est bègue. Les deux sœurs cadettes ne présentent rien d'anormal.

Le père, qui est nerveux, n'a marché qu'à 33 mois, a fait des convulsions ; il bégayait (ce bégaiement n'est plus marqué depuis longtemps que par une légère hésitation initiale) ; il est gaucher pour certains actes.

Le bégaiement est presque uniquement tonique ; il s'accompagne de mouvements choréiformes des lèvres d'une grande intensité, précédant et accompagnant la parole, battements des paupières, rides frontales permanentes, petits mouvements des doigts.

En parlant, il déforme les mots, interchange les syllabes.

Le bégaiement est moindre, par périodes de 2 ou

3 jours, coïncidant avec une amélioration de l'état général ; minimum en classe, maximum à la maison et plus encore, devant le maître d'école ; il diminue notablement sous l'influence d'un ordre énergétique.

André est trapu et bien musclé ; brun, yeux bruns.

Le massif facial est élargi et aplati d'avant en arrière, le maxillaire supérieur étant moins proéminent que normalement. Le nez est un peu épaté, les lèvres charnues, la langue un peu épaisse ; les dents ne sont pas cariées, ne présentent aucun stigmaté, encore que les deux incisives médianes supérieures soient légèrement écartées. La voûte est profondément ogivale, les amygdales légèrement grosses.

Pas de strabisme, pas de nystagmus provoqué, pas de signes d'incoordination, ni de signe de Schwostek. Les réflexes patellaires sont un peu vifs.

On trouve des signes d'hypervagotonie : pâleur émotionnelle de la face, persistance des impressions morales pénibles, insomnies ; le sommeil est coupé de rêves et fut deux fois interrompu par des accès de somnambulisme ; mais le réflexe oculo-cardiaque est inversé ; 60 - 64 - 60.

La rougeur du visage pour une émotion légère, l'hypersensibilité superficielle, les fréquents érythèmes solaires sont en faveur d'une hypersympathicotonie ; cependant le réflexe solaire est lui aussi inversé : 60 - 52 - 60.

Les tests ont montré un âge mental de 10 ans. Il est très coquet, s'admire dans la glace, laisse pousser ses cheveux et les pommade pour les avoir comme les filles. Il aime à parader et aime qu'on s'occupe de lui.

A noter enfin qu'il écrit les mots comme il les prononce, et les phrases comme il les parle. Il y a de fréquentes hésitations laissant des espaces libres ; des croisements en X ; l'écriture est désordonnée.

Il chante faux et n'a aucun rythme, de quelconque ordre que ce soit : musique, respiration, marche, etc...

Le traitement rééducateur habituel est entrepris.

Parallèlement, on commence des séances de psychothérapie, tendant à donner à André la confiance qui lui manque. Le gardénal est mal supporté ; il est remplacé par du sympathyl dont l'influence paraît favorable.

Les progrès, médiocres, suivis chaque fois d'une reprise du mal, permettent de supposer que ce double traitement, appliqué par deux thérapeutes différents, ne peut aboutir à un résultat satisfaisant.

Avril 1934 : Tout traitement est interrompu pendant 3 semaines, durant les vacances de Pâques ; au retour, le bégaiement est moindre et André en manifeste un vif contentement ; il dit maintenant qu'il guérira sûrement.

Mai 1934 : L'amélioration continue. La rééducation est reprise en présence de deux bègues au début de leur traitement. On dit à André qu'il est intelligent, supérieur aux autres et qu'il doit leur montrer l'exemple en ne bégayant plus. Dès la deuxième tentative, il fait des phrases spontanées sans la moindre hésitation.

Cette observation, chez un enfant issu d'une famille de bègues et de gauchers, met en relief l'influence du psychisme sur le bégaiement.

A noter aussi le début tonique.

OBSERVATION 23.

Alexandrine S..., 13 ans.

Venue en décembre 1933 pour un bégaiement ancien. Née en *Russie*, elle a parlé correctement à l'âge normal ; arrivée en *France* à l'âge de 4 ans, elle bégaié depuis l'âge de 5 ans 1/2 (la peur invoquée ne peut être précisée quant à sa date).

Variole à 2 mois 1/2, dont elle porte les marques sur le visage ; coqueluche à 4 ans 1/2 ; rougeole à 12 ans, sans influence sur la parole.

Le père et la mère sont bien portants, ne parlent pas vite, mais parlent russe. Une sœur (4 ans) ne bégaié pas, quoique en contact journalier avec Alexandrine.

Un grand-oncle maternel était bègue.

Il n'y a pas de gauchers dans la famille.

Le bégaiement est léger, augmenté par l'émotion, plus marqué dans la langue russe que dans la langue française. Il se manifeste surtout lorsqu'elle n'est pas sûre de la signification d'un mot ou lorsqu'elle hésite entre deux modes de prononciation (je me serais ---- je m's'rais). L'hésitation de la parole est donc parfois déclenchée par l'hésitation de la pensée.

Le bégaiement disparaît lorsqu'elle parle à voix forte ou qu'elle récite un texte bien su. La phrase est pré-

cédée d'une hésitation avec petits mouvements variables de la face, et coupée de répétitions.

La voix est un peu sourde, le débit un peu rapide, mais l'intonation est excellente. L'enfant est très musicienne et possède un rythme parfait.

Grande, blonde aux yeux bruns ; lignes allongées. Dentition parfaite, voûte ogivale, réflexe nauséeux à peine ébauché. Le corps thyroïde est palpable, mais il n'y a aucun signe de maladie de Basedow. Il n'y a pas de troubles digestifs.

Pas de strabisme, pas de nystagmus ; les épreuves de coordination sont bonnes sauf celle du doigt sur le nez du côté gauche. Pas de signe de Schwosteck ; l'enfant n'est pas gauchère. La réaction émotive est vive, passagère, s'accompagne de rougeur intense du visage, mais aussi de sueurs ou de refroidissement des extrémités ; elle supporte mal la chaleur et brunit beaucoup au soleil ; elle dort bien ; pas d'hyperesthésie superficielle, réflexe tendineux faible. Les réflexes cardiaques sont en faveur de l'hypervagotonie : R. O. C. : 74 - 60 - 74 ----- R. S. : 74 - 60 - 74.

Elle n'est pas timide et présente une certaine impassibilité.

L'écriture est propre, mais les lignes sont ondulées, l'appui est inégal, et il y a parfois une répétition d'une lettre, et aussitôt corrigée.

30 mars 1934 : bégaiement en voie de disparition.

Ici encore se montre l'influence néfaste du bilinguisme chez une enfant particulièrement émotive et remarquablement musicienne.

OBSERVATION 24.

Jacques Lex..., 5 ans 1/2.

Amené à la consultation, le 6 février 1934. Il a toujours mal parlé et présente un bégaiement croissant depuis l'âge de 5 ans. Ce bégaiement est apparu 8 ou 15 jours après une éruption de rougeole ; celle-ci avait été suivie d'une intumescence ganglionnaire traitée par compresses chaudes et propidon.

Entéro-colite à 10 mois, ayant suspendu les progrès

de la marche qui ne reprit qu'à 18 mois ; rachitisme actuellement très amélioré.

Le père est très emporté et bégaié lorsqu'il est en colère. Ce bégaiement date d'un traumatisme cranien (1928), suivi d'une perte de connaissance ayant laissé des troubles de la mémoire encore persistants. La mère est bien portante.

Un frère aîné, né à 8 mois (1.700 gr.) est mort à 2 mois (sténose du pylore ?). Une sœur (3 ans) parle bien, a marché à 17 mois. Le plus jeune frère, qui a 14 mois, ne marche pas encore. Il n'y a pas eu de fausse-couche.

Pas de bègues dans la famille.

Le bégaiement, très léger, clonique, ne s'accompagne d'aucun mouvement ; l'immobilité, l'impassibilité sont remarquables. En outre, retard de la parole, absence des finales ; zézaïement.

Très petit pour son âge, membres grêles ; très brun.

La voûte palatine est ogivale, les dents cariées ne présentent pas d'anomalie notable.

Il existe un strabisme interne gauche léger. Le reste de l'examen est rendu difficile par l'opposition passive de l'enfant.

La mère dit qu'il n'est ni timide, ni renfermé, qu'il est par contre très vif ; mais l'infirmière visiteuse qui l'accompagne à la consultation a eu très difficilement raison de son mutisme.

Avril 1934 : il commence à s'intéresser à la rééducation, mais reste assez renfermé.

A retenir l'apparition de ce bégaiement pendant la convalescence d'une rougeole chez un enfant porteur d'un strabisme interne gauche. Il faudra beaucoup de temps encore pour connaître son psychisme.

OBSERVATION 25.

Paul Bo..., 13 ans.

8 mars 1934 : Bégaié depuis son enfance ; il est impossible d'obtenir une plus grande précision.

Polonais né en France, il parle les 2 langues. Le père zézaie ; la mère ne présenterait rien d'anormal. Sa sœur (11 ans) bégaié depuis son enfance ; elle entend mal de l'oreille gauche. Pas de fausse-couche.

Le bégaiement est léger, tonico-clonique, sans mouvements associés, l'enfant parle très peu volontiers et seulement par monosyllabes, craignant sans doute de bégayer et camouflant spontanément peut-être son vice élocutoire.

Assez grand, mince, châtain clair, teint pâle sans anémie, yeux clairs.

La voûte palatine est ogivale, les dents ne sont pas très régulièrement implantées, quelques-unes sont cariées. Il est totalement sourd de l'oreille gauche depuis l'enfance, comme l'aurait affirmé un examen de spécialiste.

Pas de strabisme, pas de nystagmus provoqué, pas de signe de Schwosteck. Les signes d'incoordination sont impossibles à rechercher.

Une émotion le fait parfois pâlir, mais habituellement il rougit et tremble ; il pleure parfois sans cause ou pour une cause minime. Il est coléreux mais non rancunier.

Réflexe oculo-cardiaque : 92 - 80 - 84 ; réflexe solaire : 92 - 108 - 92.

L'enfant est manifestement craintif ; le faciès est peu intelligent, et, de fait, il ne semble pas comprendre les explications simples, il n'imité même pas un geste (mettre un doigt sur le nez, suivre un doigt des yeux seulement.)

L'enfant n'a pas été revu.

Remarquer que le frère et la sœur sont bégues et sourds de l'oreille gauche ; remarquer aussi la déficience intellectuelle de notre malade. Il eut été intéressant de rechercher une étiologie plus précise.

OBSERVATION 26.

Manoli F..., 6 ans.

Vu le 8 mars 1934. Grec de naissance, né en Italie, venu en France à 1 an 1/2. A toujours mal parlé, a commencé à bégayer à l'âge de 2 ans (petites hésitations), fréquente l'école depuis l'âge de 4 ans.

Il a fait la coqueluche et la rougeole.

Le père bégaille légèrement, la mère est bien portante ;

une sœur est morte à l'âge de 3 ans (typhoïde) ; il n'y a pas eu de fausse-couche.

Un oncle paternel bégaiement légèrement et présente un certain degré d'insuffisance intellectuelle.

Il n'y a pas de gauchers dans la famille.

Le bégaiement est très marqué, uniquement tonique, l'enfant appuie sur la première lettre du mot, comme si elle était suivie d'un h aspiré. En outre, les réponses sont toujours lentes, l'enfant réfléchissant longuement.

Mouvements choréiformes et frémissements menus des lèvres précédant la parole, rougeur de la face. Le bégaiement est aussi marqué lorsque l'enfant parle français que lorsqu'il parle grec. Enfin, retard de la parole, celle-ci n'étant guère compréhensible que depuis un an.

Enfant trapu, bien musclé ; châtain clair, yeux bruns. La voûte palatine est profondément ogivale ; la dentition en tous points normale. Les amygdales sont très grosses ; il existe probablement des végétations adénoïdes : l'enfant dormant la bouche ouverte et s'enrhumant facilement.

Aucun signe anormal à l'examen : pas de strabisme, pas de nystagmus provoqué, pas de signe d'incoordination ; les réflexes tendineux sont faibles ; l'enfant n'est pas gaucher. Ses réactions émotives sont vives mais passagères ; les réflexes cardiaques sont en faveur d'une légère sympathicotomie : le réflexe oculaire : 84 - 84 - 84 ; le réflexe épigastrique : 84 - 88 - 84.

Il est intelligent, s'intéresse à la classe, et apprend bien ; mais à la moindre difficulté, il répond : « Je ne sais pas », sans se donner la peine de réfléchir, et peut-être pour ne pas construire une phrase.

Nous soulignons le début très précoce de ce bégaiement ; depuis le début, il évolue sur le mode uniquement tonique, et le bilinguisme semble avoir eu une influence prépondérante.

OBSERVATION 27.

Roland Bd..., 7 ans 1/2.

Vu le 17 avril 1934. Il a parlé tard, il a dit ses premières phrases entre 3 et 4 ans et c'est à ce moment qu'on s'est aperçu qu'il bégayait.

Il a été opéré des végétations à 4 ans, il a eu la rougeole et la varicelle à 5 ans, la coqueluche à 5 ans 1/2 : tout ceci, sans influence sur le bégaiement ; le père et la mère parlent bien ; ils ne présentent pas de nervosité particulière.

Roland est le cinquième d'une famille de 6 enfants : l'ainé (15 ans, a parlé tôt et bien ; le deuxième mort-né à 8 mois et 1/2, sans qu'aucune cause explique cet accident. Le troisième (12 ans), le quatrième (10 ans), ont parlé tard mais correctement ; entre eux a eu lieu une fausse-couche de 2 mois 1/2. La sœur cadette (6 ans) a parlé tard, sans aucune consonne, elle est actuellement en voie de guérison. Le grand-père paternel a parlé tard et mal ; un cousin germain présente actuellement encore un défaut de la parole. Il n'y a ni bégues ni gauchers dans la famille.

Le bégaiement est léger, clonique avec rougeur de la face et de petits mouvements des paupières, des ailes du nez et des lèvres. A noter que malgré la fréquentation scolaire depuis 3 ans, le bégaiement est moins marqué aujourd'hui qu'il ne l'était au début.

Trapu, en bonne santé, blond aux yeux bruns. Les dents sont régulièrement implantées mais cariées. La voûte est normale, le réflexe nauséeux est vif, les amygdales ne sont pas grosses. Il n'y a pas de troubles intestinaux.

Pas de strabisme, pas de signe de Schwosteck, pas de nystagmus provoqué ; les épreuves de coordination sont bien exécutées, sauf celle du doigt sur le nez, et du côté gauche seulement. Rougeur émotive de la face, hyperesthésie superficielle ; réflexes tendineux vifs, érythèmes solaires sont en faveur d'un tonus exagéré du sympathique comme d'ailleurs l'inversion du réflexe oculo-cardiaque (72-80-76-72). Le myosis, la pigmentation solaire témoignent, par contre, d'une certaine vagotonie.

L'enfant est intelligent et sans timidité.

Nous retiendrons les nombreux cas de défauts de la parole dans cette famille, l'absence de contagion psychique, l'amélioration spontanée du bégaiement, malgré la fréquentation scolaire et peut-être à cause d'elle.

OBSERVATION 28.

Philippe Boy..., 13 ans.

Amené à la consultation le 19 avril 1934. Il a parlé tard et mal, il a bégayé vers 7 ans 1/2 au moment de l'entrée à l'école.

Il n'a pas eu de convulsions, a fait la rougeole et a été opéré de végétations à 11 ans sans que le bégaiement ait été modifié. Il a uriné au lit jusqu'à 5 ans.

Le père est vif, autoritaire et parle vite. La mère est calme. Philippe est le cinquième d'une famille qui compte 10 enfants. La sœur aînée a parlé tard, mais bien; elle était gauchère, mais a été déshabituée de son défaut. Le neuvième enfant, qui est une fille de 2 ans, ne parle pas.

Malgré la présence de notre petit malade, et malgré qu'ils l'imitent, ses frères et sœurs ne bégaièrent pas. Le grand-père maternel n'aurait parlé qu'à 5 ans. Il n'y a pas de bègues dans la famille.

Le bégaiement qui porte le plus souvent sur le début des mots est presque uniquement clonique, parfois seulement tonique. Il s'accompagne de quelques mouvements de la face ou des doigts. Ce bégaiement est très intermittent. Amélioration constatée à Pâques 1933 à l'arrivée du collège, mais aggravation au premier de l'an 1934. Ce bégaiement est manifestement sous la dépendance de l'attention portée au mot lui-même : une leçon bien sue est récitée sans faute ; l'enfant peut faire lorsqu'il joue un boniment qu'il invente au fur et à mesure. Le débit est rapide, la voix monotone. Il n'y a pas de défaut d'articulation surajouté.

Petit pour son âge, mince, brun, yeux bruns. Les dents sont régulièrement implantées, quelques-unes cariées, la voûte palatine est légèrement creuse. Réflexe nauséeux vif. On trouve d'ailleurs une hyperexcitabilité générale : en cherchant le signe de Schwosteck, de petites contractions de la lèvre supérieure sont assez vives à droite ; il existe, dans la position extrême du regard, quelques secousses nystagmiformes des deux côtés, mais plus marquées à droite. Le réflexe patellaire est vif. Epreuves de coordination correctes sauf celle du doigt sur l'oreille du côté droit. Pas de strabisme. L'enfant n'est pas gaucher.

C'est surtout un hypersympathicotonique : la réaction émotive est vive, avec rougeur et tremblement ; hyperesthésie superficielle, érythème solaire, pas d'insomnies. Le réflexe solaire est positif : 72-96-72. Par ailleurs, l'enfant est assez boudeur et conserve assez longtemps les impressions pénibles. Le réflexe oculo-cardiaque n'est pas nettement positif (72-64-72).

Enfant très intelligent, habituellement premier en classe. Le rythme musical est bon. L'écriture est médiocre, les lignes sont ondulées, il y a des erreurs aussitôt corrigées ; il n'y a pas d'espace libre entre les lettres et celles-ci sont parfois unies en X.

A noter l'absence de contagion psychique, particulièrement en ce qui concerne sa sœur aînée, gauchère en partie corrigée ; l'influence du psychisme expliquée peut-être par la déviation de l'attention ou l'admiration du père chez un enfant nerveux.

OBSERVATION 29.

Marcel Lg..., 8 ans.

Vu le 28 avril 1934. Il a parlé d'une façon défectueuse jusqu'à l'âge de 3 ans. La parole était excellente jusqu'à l'âge de 6 ans ; c'est alors qu'apparut le bégaiement de type clonique, de façon progressive. Cette époque était celle du passage de la maternelle à la grande école.

Après sa naissance, il a eu une ophtalmie, un ictère qui semble bien avoir été physiologique ; il n'a pas eu de convulsions. Coqueluche à 3 mois. Bronchites fréquentes, rubéole à 4 ans. Il dormait la bouche ouverte et a été opéré de végétations à 6 ans, c'est-à-dire vers le moment où il a commencé à bégayer, et une deuxième fois à 7 ans, en même temps qu'il subissait une amygdaléctomie.

Le père, mort accidentellement, n'était ni nerveux, ni émotif ; la mère, par contre, est très nerveuse et présente des symptômes d'hypervagotonie.

Une sœur (18 ans) parle bien, un frère (15 mois) est en bonne santé. Un grand-oncle était gaucher ; une grand'tante maternelle avait présenté à l'âge de 6 ans

une mutité émotionnelle passagère et sans bégaiement consécutif.

Le bégaiement, assez léger au début, a subi, il y a 18 mois, à la mort du père, une forte aggravation ; celle-ci a persisté depuis lors, et actuellement, on constate un bégaiement intense tonique ; c'est un arrêt absolu avec rougeur du visage, gonflement du cou et mouvements choréiformes des lèvres. L'expiration ne dépasse pas 10 secondes ; l'enregistrement montre un trouble intense de la respiration pendant la parole alors que la respiration aphone est régulière.

C'est un enfant mince, mais en bonne santé ; blond aux yeux bruns, pâle, mais non anémié. Voûte palatine très profondément ogivale. Les dents sont cariées et les deux incisives médianes supérieures assez largement écartées. Le réflexe nauséeux est très vif. Réflexe tendineux vif et hyperesthésie superficielle. Pas de troubles digestifs.

On ne constate pas de strabisme. Dans la position extrême du regard, il existe, à droite comme à gauche, de petites secousses nystagmiformes des globes ; les épreuves sont correctes, sauf celle du doigt sur l'oreille du côté gauche. L'enfant a tendance à se servir habituellement de sa main gauche. La compression oculaire ne provoque pas un gros ralentissement du pouls (88-84-88), mais l'enfant pâlit pour une émotion forte et garde longtemps l'impression ressentie. Il brunit facilement au soleil, depuis un mois surtout. Par contre l'agitation nocturne, fréquente autrefois, ne se reproduit plus.

L'influence morale de l'entourage et particulièrement celle d'une tante, semble bien conditionner certaines réactions de l'enfant (indocilité, obéissance subordonnée à l'exécution immédiate d'une promesse). Il est par ailleurs intelligent, doux, affectueux, laissant son petit frère s'amuser avec ses jeux.

Chez ce gaucher, nous insistons particulièrement sur le début de ce bégaiement qui a coïncidé avec un changement de milieu ; sur l'aggravation et la modification du bégaiement à l'occasion d'un traumatisme psychique.

OBSERVATION 30.

Marc Lo..., 5 ans.

Amené à la consultation, le 1^{er} mai 1934. Il a parlé tôt, mais remplaçait les C par des T. Bégaiement apparu dès 2 ans 1/2, sous forme d'une hésitation initiale. Peu après, il faisait précéder toutes ses phrases de « Te » ou de « Ne ». Le bégaiement s'est notablement accru vers l'âge de 4 ans 1/2, sans cause déterminée ; il ne fréquente encore aucune école.

Il aurait eu la rougeole à 9 mois, suivie de 2 otites ; opéré pour cette raison pour végétations adénoïdes à l'âge de 3 ans. Rougeole certaine à l'âge de 4 ans. Le père et la mère parlent vite, celle-ci n'est pas nerveuse, mais reprend l'enfant continuellement. Un frère (3 ans) ne bégaié pas, quoique vivant avec Marc.

Ni bègues, ni gauchers dans la famille.

Au bégaiement tonique du début, se sont surajoutés maintenant des clonis assez fréquents ; sa mère ayant réussi à l'empêcher de dire des syllabes préfixes, il fait précéder maintenant ses phrases ou bien d'un moment de réflexion ou bien d'une inspiration ou d'une expiration bruyante. Accompagnant la parole, on remarque un balancement rythmique de la tête et de la main ou des mouvements des lèvres ou de tout le corps. Actuellement, il prononce les T et les G en C ; c'est donc l'inverse de ce qui existait autrefois.

La respiration est arythmique, l'expiration courte, 5 ou 6 secondes.

Grand, mince, blond aux yeux vert pâle, peau blanche.

L'enfant n'est pas constipé, tout au moins lorsqu'il est hors de Paris. Pour les dents, aucune anomalie ; quelques-unes sont cariées. Voûte et amygdales normales. Réflexe nauséeux vif.

Pas de strabisme, pas de nystagmus provoqué ; les marionnettes sont bien exécutées ; mais les épreuves du doigt sur le nez et sur l'oreille le sont très mal. On ne trouve aucun signe de vagotonie exagérée ; réflexe oculocardiaque : 76-72-76. Par contre, l'enfant est vif, coléreux et rougit facilement ; hyperesthésie superficielle ; faciles érythèmes solaires ; réflexe solaire positif : 76-78-76.

L'enfant est intelligent, mais très inattentif tout au

moins à ce qui ne l'intéresse pas ; peut-être est-ce pour cette raison qu'il ne « répète » pas au delà de deux coups dans un rythme donné. Il est, paraît-il, très doué, retenant un air musical très vite et le répétant avec justesse.

En résumé, bégaiement ayant débuté sur le mode tonique, et s'étant accompagné très tôt d'une précession constante de syllabes parasites, variables et parfois remplacées par un souffle sonore, ou tout autre mouvement.

OBSERVATION 31 (résumée).

Pierre Ma..., né le 31 janvier 1923.

24 mai 1924 : Vu à la consultation : on porte le diagnostic de mongolisme, on institue une opothérapie thyroïdienne qui est bien supportée. L'amélioration porte seulement sur le physique ; le psychisme ne se réveille qu'à 4 ans.

4 janvier 1929 : On remarque que la parole, rare, est hésitante à tendance explosive. Insuffisance respiratoire.

23 janvier 1934 : Hésitation au début de la phrase ; et quelques rares répétitions dans le parler spontané ; mais la lecture est assez courante.

S'agit-il simplement de troubles légers de l'élocution en rapport avec la déficience psychique (les tests ont montré un retard mental de 3 ans, 6 mois) ? Doit-on au contraire considérer ces troubles comme la traduction d'un bégaiement vrai, et, dans ce cas, quelle peut être la part de l'opothérapie thyroïdienne dans la genèse de ce bégaiement ?

OBSERVATION 32 (résumée).

Jacques Br..., 8 ans 1/2.

Enfant ayant parlé tôt et bien et chez lequel, dès l'âge de 3 ans, apparurent des hésitations avec début

explosif des phrases, à l'exclusion de toute répétition de syllabes. Actuellement encore, ce bégaiement tonique s'accompagne de troubles respiratoires et de zézaïement.

Deux sœurs ayant respectivement 14 et 13 ans ne bégaièrent pas.

OBSERVATION 33 (résumée).

(L. MATHA.)

Claude P..., 6 ans 1/2.

A parlé tard et mal ; le père bredouille un peu, la mère parle très vite, le grand-père paternel bègue est vu très souvent.

Bégaiement avec hésitation spasmodique au début, et parfois en cours de phrases.

Ce qui est remarquable, c'est l'aggravation qu'il subit constamment lorsque surviennent assez fréquemment des troubles intestinaux. Cette particularité a toujours été notée par la mère, et, tout récemment, une crise semblable aux précédentes a provoqué un arrêt dans les progrès obtenus par la rééducation.

Voix presque inaudible ; arythmie respiratoire, durée d'une expiration : 3 secondes.

Enfant très intelligent, agité, remuant, présentant à l'émotion des pâleurs brusques avec inhibition.

OBSERVATION 34 (résumée).

(L. MATHA.)

G. R..., 19 ans.

Antécédents personnels normaux. Père très sourd et légèrement bredouilleur.

Bredouillement très accentué, exagéré par l'emploi des occlusives linguales, sourdes et sonores : T. D. et des chuintantes : Ch. J. Léger nasonnement. Le tracé du souffle buccal révèle une attaque brutale des occlusives. Arythmie totale de la respiration et du geste. Défaut absolu de justesse de la voix. Durée de l'expiration : normale.

Après 3 semaines de traitement, en particulier exercices de syllabation lente, le bredouillement est notablement atténué. Mais, dans la conversation apparaît une hésitation spasmodique dans l'attaque des phrases.

Le traitement est immédiatement modifié et, après quelques séances, ce début de bégaiement a disparu.

OBSERVATION 35 (résumée).

(O. CODET).

Benoit F..., 8 ans 1/2.

Envoyé pour bégaiement, le 29 avril 1932.

Trouble de la parole caractérisé par crispation au début de la phrase. L'enfant « pousse » en laissant nez et gorge fermés. Cyanose du visage. Enfin, ce début explose, et 2 ou 3 syllabes, seulement, se déclenchent rapidement pour, à nouveau, buter contre le barrage.

Ces troubles sont accentués par toute émotion.

L'enfant est en retard d'un an à l'école.

Il est, par ailleurs, doux, docile, affectueux, intelligent.

Les nuits sont souvent agitées, troublées de cauchemars.

L'examen de la bouche et du pharynx ne révèle aucune malformation.

L'enfant parlait normalement lorsque vers l'âge de 4 ans il eut une peur violente : il volait des cerises en compagnie de plusieurs camarades lorsque survint le propriétaire lésé. Celui-ci, homme très brutal, arriva en vociférant et brandissant un fusil. Les gamins se sauvèrent, sauf notre petit malade qui ne pensait pas avoir fait une mauvaise action ; il fut saisi, secoué violemment par l'homme qui tira même un coup de fusil à ses oreilles. A partir de la venue de cet homme, l'amnésie du paroxysme émotif est totale (fait important et en accord avec les théories freudiennes). L'enfant n'a aucun souvenir ni de ce qu'a dit l'homme, ni du coup de fusil, ni des jours de mutité qui ont suivi. Cette mutité totale dura 3 jours, au bout desquels il recommença à parler, dans la forme actuelle.

Nous prescrivons 0,02 de gardénal et commençons, afin de prendre contact avec lui, des exercices de récitation, de lecture, des bavardages. On insiste sur les

progrès sans trop souligner les fautes ; la mère agit de même ; nous ne le voyons malheureusement qu'une fois par semaine.

Juillet : la parole est compréhensible ; l'enfant prend confiance en soi.

Revu en octobre, B. est redevenu presque aussi défectueux dans son parler qu'au début. Nous apprenons que durant les vacances, B. s'est trouvé en contact constant avec son père qui, buveur et brutal, fait des scènes violentes ; l'enfant va alors se cacher sous ses draps sans parvenir à s'endormir.

Nous sommes convaincus ainsi que les terreurs du père rééditent pour l'enfant sa terreur première ; le père promet de renoncer, dans la mesure du possible, aux cris, aux coups, aux beuveries même.

Novembre : B. a presque récupéré son état si satisfaisant du mois de juillet précédent.

Janvier 1933 : Conversation assez facile mais encore impossible avec le père qui se modère pourtant un peu.

Mars : Progrès réguliers. Cependant il y a encore « blocage » toutes les 3 ou 4 phrases, au début de celles-ci.

Remplacement du gardénal par 2 comprimés de sympathyl par jour.

Mai : Le père recommence à boire ; les scènes de violence recommencent à la maison et l'enfant, parallèlement, perd rapidement du terrain.

2 octobre 1933 : Nouvelle rechute du bégaiement avec le contact entre père et fils durant les vacances. Notre conseil est enfin suivi et l'enfant est mis pensionnaire, toutes les précautions imposées par son état ayant été prises à l'école.

1^{er} novembre 1933 : L'enfant ne bégaié plus du tout à l'école. Mais le parler est difficile chez lui où il est venu passer les vacances de la Toussaint.

Janvier 1934 : Parole normale, encore un peu hésitante avec son père.

Mai 1934 : B. est à la tête de sa classe. Parole normale depuis 7 mois.

Cette dernière observation met en valeur :

Le début tonique de ce bégaiement émotionnel.

Le rôle fondamental du rappel de l'émission initiale.

La guérison obtenue par la seule psychothérapie, les exercices mécaniques étant restés au second plan et faits à l'occasion des séances psychothérapiques.

DÉFINITION

La conception que l'on s'est faite du bégaiement a beaucoup varié.

S'il est resté dans l'esprit populaire tel que le définissait les classiques : « Une maladie de la parole », il est impossible de ne pas voir actuellement dans ce trouble le simple symptôme, le plus apparent sans doute, d'une maladie qui dépasse largement ce cadre étroit.

Progressivement, d'ailleurs, cette définition s'élargit ; on y voit prendre place successivement : les troubles de la respiration et de la motricité, les phénomènes vaso-moteurs et psychiques qui s'y associent.

Aujourd'hui, le bégaiement doit être considéré comme une maladie. Sa nature est discutée, et très variables sont ses manifestations cliniques ; au premier plan se place, à l'ordinaire, l'embarras de la parole.

Ainsi, l'on emploie généralement un seul et même terme pour désigner et la maladie et son symptôme le plus évocateur. Sans doute, n'est-ce là qu'une question accessoire de terminologie, mais dont la portée, du point de vue commodité pratique, a paru suffisante à nombre d'auteurs pour justifier des termes nouveaux. En *France*, MEIGE désigne la maladie par le mot *Dysphasie* qui ne souligne que le trouble de la parole. En langue allemande de nombreux termes ont été proposés qui ont : ou bien le tort de prêter à confusion, comme *Aphasie associa-*

tive, intermittente ou paradoxale, si on les rapproche de la terminologie neurologique actuelle ; ou bien de supposer une pathogénie déterminée, tels ces termes de névrose d'expectative ou d'angoisse, de névrose intentionnelle. La même critique est à faire à la dénomination « Névrose de moindre valeur » qu'emploie SCRIPTURE. La Névrose de coordination de KUSSMAULL fait également trop penser à une pathogénie hypothétique.

A vrai dire, il est impossible, dans l'ignorance où nous sommes encore de la nature même du bégaiement, de créer une appellation qui satisfasse pleinement. Néanmoins, comme le bégaiement-symptôme se retrouve dans des affections différentes, il serait sans doute utile d'adopter ici le terme de bégaiement-maladie, de bégaiement de développement qu'emploie parfois FRÖSCHELS, ou celui de *balbisme*, que nous proposons dans le seul but d'éviter l'équivoque.

CHAPITRE I

HISTORIQUE

L'histoire du bégaiement apparaît bien moins ancienne qu'on s'est plu à le dire. On doute actuellement que l'affection dont souffrait Démosthène ait bien été le bégaiement. HIPPOCRATE ne lui accorde qu'une brève allusion, et GALLIEN n'en parle pas.

On en trouve mention dans les écrits arabes du xiv^e siècle. On croit à une trop grande abondance des humeurs de l'organisme et l'on propose un traitement capable de le dessécher convenablement. GUY DE CHAULIAC, en 1563, et HIÉRONIMUS MERCURIALIS, en 1583, se rangent à cette opinion.

Au xviii^e siècle, SANTORINI, DÉLIUS, MORGAGNI mettent en cause une lésion des organes phonateurs. SAUVAGE admet une faiblesse de ces mêmes organes ; mais la confusion est grande encore, puisqu'il comprend dans le bégaiement divers autres troubles de la parole.

Il faut arriver jusqu'au xix^e siècle pour trouver, sous la signature d'ITARD (1817), le premier travail important. Cet auteur a eu l'immense mérite de séparer nettement le bégaiement ; mais il entend encore sous le nom de bégaiement acquis, des vices différents de prononciation. Il est le premier à souligner l'élément spasmodique, et à proposer un traitement détaillé ; il y ajoute sa fourche métallique, ancêtre des instruments prothétiques, dont les derniers sévissaient, il n'y a pas si longtemps encore.

Puis, en 1821 et 1824, paraissent les travaux de trois médecins bègues : VOISIN, RULLIER et ASTRIÉ. Ils invoquent la non concordance de l'influx cérébral et des organes de la parole. RULLIER, dans le dictionnaire en 21 volumes, rapporte le cas d'un jeune avocat traité par DUPUYTREN, par Récitatif et Mesure : la nouveauté de ces deux éléments thérapeutiques est à signaler.

L'année 1825 voit l'introduction, en Europe, de la méthode de M^{me} LEIGH (institutrice américaine) : c'est la première méthode gymnastique. MALEBOUCHE (avocat) la complique d'une classification telle que MAGENDIE avoue ne s'y pas retrouver. Peu après, CORMAC s'intéresse aux troubles respiratoires et SERRES (d'Alais), qui était bègue, édifie une théorie et un traitement dans le même sens, en y ajoutant les notions de spasme et de rythme.

En 1830, HERVEZ DE CHÉGOIN, bègue lui aussi, donne le conseil de sectionner le frein de la langue avant tout traitement ; et ARNOLDT, celui de forcer la glotte à rester ouverte par le filage continu des sons.

En résumé, on n'a vu jusqu'alors que des travaux de détail. Le premier ouvrage d'ensemble, assimilant les découvertes antérieures, est le traité de COLOMBAT. C'est déjà là un très grand mérite ; il y a ajouté la division en deux formes : choréique et tétanique.

Les travaux de VURTZER, de DU SOIT, de Sir Charles BELL (1852), y ajoutent peu de chose. MULLER, dans sa physiologie du système nerveux, parue en 1840, ne fait guère que reprendre les conceptions d'ARNOLDT.

L'année 1841 est, à elle seule, une période isolée et funeste. C'est l'ère chirurgicale que représentent : en *France* : VELPEAU, ROUX et AMUSSAT, DUFRESSE-CHASSAIGNE ; en *Belgique* : PHILLIPS ; en *Allemagne* : DIEFFENBACH ; en *Angleterre* : LUCAS, FRANZ, YEARDLEY et BREAD ; en *Italie* : SANTE-SILLANI.

On sectionnait alors plus ou moins complètement

d'un ou des deux côtés, soit l'Hyoglosse, soit le Styloglosse ; on divisait ou sectionnait le Génio-glosse. On pratiquait une section plus ou moins importante à la base de la langue. Le rapprochement des tonsilles, la section de la luvette trouvaient des partisans. Mais BONNET commence à faire des restrictions en ce qui concerne les indications opératoires ; GUERSANT proteste ; force est d'abandonner ces méthodes, qui, non seulement n'amenaient pas la guérison, mais tuaient parfois le patient.

Dès 1842, une réaction se produit. BECQUEREL (bègue) et JOURDAN préconisent les moyens gymnastiques, et insistent sur la grande perte d'air qui a lieu, au cours de la parole, chez les bègues. Deux professeurs de diction : CREPS et MORIN, s'intéressent au bégaiement, mais sans rien apporter de nouveau. Il en est de même de VIOLETTE. Par contre, GRAVES avait déjà saisi l'importance du facteur attention.

En 1867, CHERVIN aîné (instituteur communal) joue un rôle analogue à celui de COLOMBAT : il clarifie la question en certains de ses points ; son traitement réunit l'essentiel de ce qu'avaient pensé ses devanciers. L'année suivante ; GUILLAUME fait, du bégaiement, une névrose justiciable d'un traitement général, nécessitant d'acquiescer la confiance du bègue.

Durant le dernier quart du xix^e siècle nombre d'auteurs : JACCoud, SABRAZÈS (1889), CHARCOT, JONNESCO (1899), ont pensé à une lésion centrale : bulbo-olivaire, hypophysaire, cérébelleuse... Dès 1865, DUBREUILH supposait une atrophie du centre de Broca. A la même époque, on parlait du bégaiement hystérique : CHARCOT : 1887-1888, BALLET et TISSIER : 1890, DRUÈNE : 1894. A l'étranger, DAWYDOW, KRAMER, GREIDENBERG, NORDHOF, apportaient des conclusions analogues. GUILLAIN (1901), JAVY (1908), se font les derniers défenseurs de ce que FOY appelle « des erreurs de diagnostic ». L'idée de névrose psychomotrice est reprise par MAKUEN

(1898) par CHERVIN fils (1895) qui, lui, insiste sur la cure de silence précédant tout traitement.

Le début du xx^e siècle voit l'influence du psychisme sur le parler s'imposer de plus en plus : le bégaiement est une forme de l'émotivité : LIEB-MANN (1898), BIAGGI (1900), NETCACHEFF (1910). CASTEX publie, en 1905, son *Traité d'Orthophonie*, dans lequel, le bégaiement n'a qu'une petite place.

Pendant la dernière guerre, les travaux ont porté principalement, non plus sur le bégaiement-maladie, mais sur le bégaiement traumatique (BRILLAND et PHILIPPE, du Val-de-Grâce).

Ces dernières années ont vu s'affirmer une nouvelle orientation, orientation à la fois sociale et médicale, en particulier pathogénique. On étudie les rapports du bégaiement avec les autres affections dites générales ou neurologiques, les signes ou symptômes anormaux que présentent certains de ces sujets. On s'inquiète du rôle du milieu, familial et scolaire, dans l'apparition et les recrudescences de ce mal, ou dans sa résistance au traitement.

En France, on trouve le traité de CASTEX et JOUÉ ; des travaux de CHERVIN et de PARREL : de FROMENT qui étudie le facteur psychologique, d'Henry MEIGE qui rapproche le bégaiement de certains troubles neurologiques.

Les travaux de langue anglaise sont, mis à part le livre de Scripture (New-York, 1923), surtout représentés par des articles : production américaine pour la plupart, dont l'essentiel est résumé dans le compte-rendu du Congrès de décembre 1930 - janvier 1931. L'effort en est surtout étio-pathogénique et social. Les résultats semblent peu de chose, comparés au volume des statistiques, et Desider WEISS de Vienne, a pu en donner un résumé-critique lumineux, en quelques pages.

Parmi les nombreux travaux *de langue allemande*, se dégagent ceux de GUTZMANN (Berlin), et FRÖCHELS

(Vienne), qui ont publié leurs substantiels traités, respectivement en 1924 et 1931.

En Suisse, LECLÈRE étudie surtout les problèmes psychologiques que pose le bégaiement.

En Tchéco-Slovaquie, les travaux neurologiques sont surtout l'œuvre de la section phonétique du service du professeur SEEMANNA.

Au Portugal, ceux de FERREIRA et de son élève V. FONTÈS contribuent à donner leur importance à certains points peu étudiés.

Ainsi, l'étude du bégaiement a été successivement faite par des séries d'inventeurs auxquels on doit les idées isolées, lesquelles, un certain nombre d'années après, ont été ramassées, mises en relief, classées, érigées en méthode, dans des traités comme ceux de COLOMBAT, par exemple.

D'autre part, presque tous les travaux de cette époque, sont l'œuvre, ou bien d'extra-médicaux que leur profession (instituteur, professeur de diction) rapprochaient des bégues, ou bien de médecins bégues qui se sont appuyés surtout sur des auto-observations : or, comme le dit justement HUNT, les interrogations ont montré que chaque sujet se trompe sur la cause de son cas, d'où le peu de valeur des auto-observations des auteurs, valeur diminuée par le facteur affectif, toujours très important dans ces cas.

Enfin, une vue d'ensemble peut dégager des phases thérapeutiques successives : période nulle, — époque de traitement gymnastique, auquel se surajoute la pratique des instruments prothétiques, — ère chirurgicale. Enfin, de nouveau, période gymnastique qui, ces dernières années, est compliquée d'essais proprement médicamenteux et psychothérapiques.

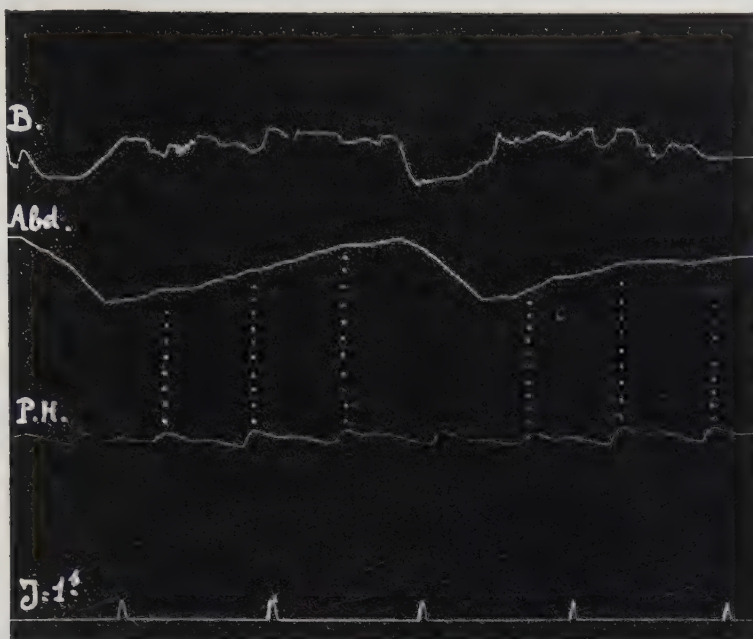


FIG. 1. — Yvonne Br. (Obs. XV).

Les accidents de la courbe du pouls huméral (P. H.) ont de nombreux correspondants synchrones sur celle de la respiration abdominale (Abd.) bien visibles au moment de l'expiration vocale.

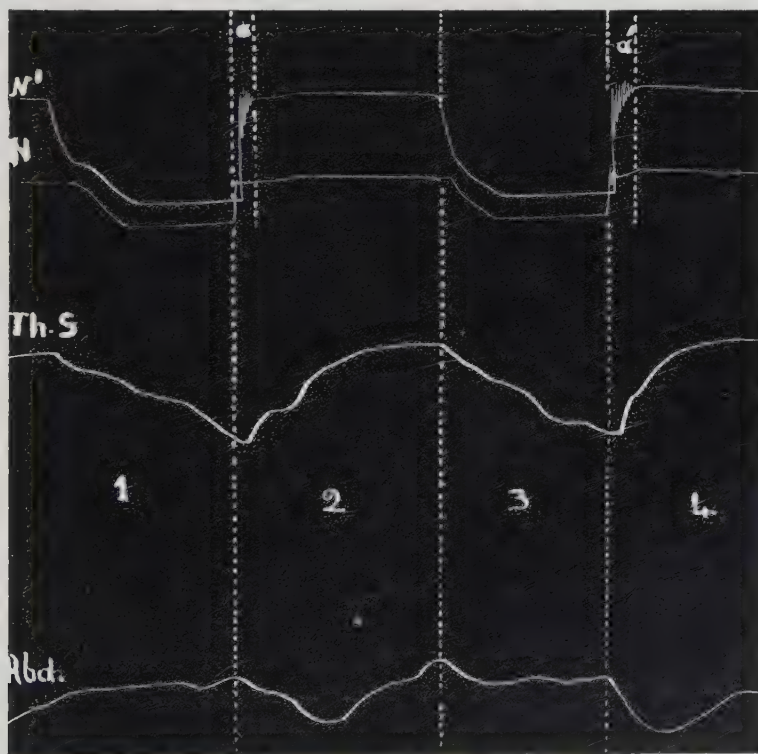


FIG. 2. — Jacques Ni. (Obs. XVI).

Borel-Maisonny.

Opéré de végétations "parce qu'il bégayait". Aucune amélioration, mais installation consécutive d'un ronflement nasal accentué visible pendant les phases *a* et *a'* du tracé. (Les courbes N et N' correspondent au dédoublement du souffle nasal envoyé par un y à 2 tambours dont l'un inscrivait la pression et l'autre les bruits du nasopharynx). Le tracé respiratoire présente des anomalies particulièrement au niveau de la courbe abdominale.

CHAPITRE II

FORMES CLINIQUES

Il s'en faut de beaucoup que le bégaiement soit univoque, et l'on peut dire qu'il n'est pas deux bégues qui bégaiant pareillement. C'est pour avoir voulu suivre trop étroitement la clinique, ou pour avoir basé leurs classifications sur l'étiologie ou la pathogénie, que nombre d'anciens auteurs ont été conduits à des classifications complexes, et qui, malgré cela, restaient encore incomplètes ; nous n'en voulons citer comme exemple que celle de COLOMBAT dans son *Traité des Vices de la Parole*. Cet auteur distingue deux formes qui sont assez unanimement admises aujourd'hui, mais il les subdivise en 10 sous-formes : 1^o *labio-choréique* : loquax, aphone, difforme, lingual ; 2^o *gutturo-tétanique* : muet, intermittent, choréiforme, canin, épileptiforme, avec balbutiement.

Si, dans un certain ordre d'idées, on peut conserver l'opposition entre le bégaiement choréiforme et le bégaiement tétaniforme, il est impossible d'admettre les subdivisions, sans aller les multipliant, basées comme elles sont simplement, sur la prédominance de tel ou tel symptôme ; c'est ainsi que CHERVIN distinguait : un bégaiement inspiré, expiré et mixte. BECQUEREL, reprenant l'idée de l'avocat MALEBOUCHE, opposait le bégaiement externe, ou des lèvres, et le bégaiement interne, ou de la parole ; l'idée est semblable mais superficiellement exprimée. D'autres auteurs, considérant les circonstances d'ag-

gravation ou de régression du bégaiement, ont homologué des formes initiales et finales, des « stuttering » voyelles et des « stuttering » consonnes, les unes plus fréquentes, les autres plus rares. Sans nier l'exactitude des faits, nous préférons étudier ensemble les variations du bégaiement sous l'influence des différents facteurs dont elles dépendent. On conçoit sans peine, en effet, l'infinie variété des formes qu'il faudrait décrire pour rester, une fois engagé dans cette voie, en constant accord avec la réalité des faits. La vérité est que le bégaiement est variable chez un même sujet ; chez lui, toutes les variétés se pourront observer, sous quelque influence, parfois thérapeutique, que ce soit.

L'allure clinique du bégaiement peut ainsi être décrite très simplement : il existe deux aspects, que, pour la commodité, on peut désigner par les mots : *choréiforme* et *tétaniforme*.

Dans le premier cas, ce qui frappe, c'est la répétition convulsive d'une ou plusieurs syllabes. A une question posée, le bègue commence par se recueillir, puis, entr'ouvre les lèvres et projette 2, 3 ou 4 fois de suite le même son. Les lèvres sont agitées de mouvements plus ou moins rapides, le visage rougit, la tête et les yeux restent souvent fixes. La phrase s'amorce alors, parfois entrecoupée de nouvelles répétitions, parfois débitée très rapidement, tout d'un trait, jusqu'au bout. Les phénomènes associés sont ici peu marqués.

Il en est tout autrement dans le second cas. L'impossibilité de parler est complète ; malgré des efforts violents, le bègue ne peut répondre. Le visage est rouge, les veines jugulaires et temporales turgides ; les lèvres trémulent et la bouche fait d'incessants mouvements d'ouverture et d'occlusion. Il n'est pas rare que tous les muscles de l'économie participent à cet effort phonatoire infructueux : la tête oscille

d'avant en arrière, parfois fait des mouvements de rotation ; le tronc est animé de mouvements de flexion antéro-postérieure ou latérale ; les muscles respiratoires sont contracturés ; les membres supérieurs s'agitent, les poings sont fermés ; le malade frappe du pied ou se dandine nerveusement d'un côté sur l'autre ; il suffoque ; le visage est couvert de sueur. Finalement, la réponse peut venir, brusque, comme subitement libérée ; elle s'élance tout d'un jet, très rapide, mais correcte. Il peut arriver qu'aucun son ne soit émis, et que le malade soit obligé de cesser son effort pour pouvoir parler.

Ce sont là les deux cas extrêmes entre lesquels, et autour desquels, se situent de nombreuses variantes : c'est ainsi que les phénomènes extra-phonatoires peuvent dominer tellement le tableau clinique, que des crises ont pu faire penser tout d'abord à la folie, voire à l'épilepsie.

A l'inverse, le défaut d'élocution semble exister parfois à l'état isolé ; dans les cas extrêmes, il est à peine perceptible. Et il convient d'insister sur la fréquence relative de ces formes frustes, pour ce qu'elles sont fréquemment méconnues : *répétition unique* et peu appuyée, simple appui qui prolonge une syllabe, *légère hésitation* au début de l'émission. Ce sont souvent des formes de début : c'est une des raisons, pour lesquelles il arrive qu'un sujet bégaye depuis 2 ou 3 ans déjà, lorsqu'il est amené à la consultation, les difficultés du traitement étant de ce fait habituellement accrues.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE

A. — Le symptôme Bégaiement et ses variations.

Le bégaiement peut être considéré comme une maladie complexe, pour laquelle un de ses symptômes (le plus apparent), a servi de dénomination. Aussi, dans le vaste cadre de la maladie, convient-il d'étudier tout d'abord le bégaiement-symptôme.

Cet embarras de la parole se manifeste lui-même de façon variable ; COLOMBAT, dans son *Traité des Vices de la Parole* dit : « ...le principal caractère est la *répétition* par saccades et secousses convulsives d'un plus ou moins grand nombre de syllabes, ou la *suspension* pénible ou momentanée de la voix devant certaines voyelles ou certaines consonnes qui exigent quelques efforts des organes phonateurs ».

Le bégaiement-symptôme affecte 2 modalités : clonique et tonique.

Le mode *clonique* est la répétition spasmodique d'une syllabe, comme ba - ba - bateau, ou bien de l'équivalent de cette syllabe : bê - bê - bê - bateau ou b. b. b. b. bateau, ce qui représente une série de secousses prémonitoires, avec perte d'air. Lorsque l'achoppement porte sur une voyelle, celle-ci est répétée plusieurs fois, ou bien cette répétition est remplacée par des secousses, avec perte d'air très exagérée, ou seulement par une série d'expirations aphones.

Dans le mode *tonique*, il n'y a ni répétition, ni secousses expiratoires, ni perte d'air : la constriction laryngée empêche toute expiration, même aphone. Selon la durée de cette constriction, l'arrêt phonatoire peut aller, depuis la plus légère hésitation, jusqu'à l'impossibilité absolue de toute émission vocale.

FRÖSCHELS insiste sur les variations chronologiques du bégaiement : tout au début, il affecterait la seule modalité clonique. A ce moment, la durée des répétitions serait égale à celle d'un mot de même nombre de syllabes. Plus tard, il y aurait ralentissement, ceci correspondant à l'apparition du mode tonique. A cette période d'intrication clono-tonique, succède le tonus pur et, finalement, le clonus accéléré, toujours bien plus tardif. Il va sans dire que ces périodes ne sont pas nettement tranchées, et que les caractères de l'une de ces phases persistent souvent concurremment aux signes nouveaux.

Il ne nous a pas semblé qu'une telle succession fût constante : dans nos observations 7, 11, 16, 21, 22, 26, 30 et 32, les premières attaques de bégaiement étaient manifestement de nature tonique ; dans les observations 3, 14, 29 et 33, l'apparition du mode tonique a été très précoce ; NADOLECZNY fait la même remarque. Inversement, nos observations 8 et 10 sont des exemples de bégaiements déjà anciens (8 et 9 ans) ayant conservé un caractère purement clonique.

Le bégaiement peut porter sur le début, le milieu ou la fin des mots ou d'une phrase ; depuis longtemps, le bégaiement initial est considéré comme le plus fréquent, et ceci indépendamment des phonèmes qui composent ce mot ou cette phrase.

Nombreux sont cependant les auteurs qui regardent certains phonèmes comme étant particulièrement redoutables : ce sont, dit CHERVIN, les diphtongues et les consonnes doubles, et il conseille de rechercher,

en établissant l'observation d'un bègue, la ou les lettres qui déterminent l'achoppement. D'autres auteurs incriminent principalement les consonnes, les occlusives, ou une consonne déterminée. James HUNT va jusqu'à distinguer un « stuttering » consonne et un « stuttering » voyelle.

S'il est vrai que le bègue se trouve plus souvent en difficulté devant une consonne, il n'en est pas moins vrai aussi que la pierre de touche est variable. Non seulement elle est différente pour chaque malade pris à part, mais elle varie encore pour un sujet déterminé selon les jours, les heures, les instants mêmes. C'est là une constatation ancienne. MEIGE la résume en affirmant qu'habituellement la difficulté syllabique n'est pas nettement élective. Un phonème, qui aura donné lieu à bégaiement dans tel mot, n'y donnera pas lieu dans tel autre ; bien plus, telle lettre qui, placée au début d'un mot, déclenche le bégaiement, sera très facilement prononcée si elle se trouve située au milieu ou à la fin du mot : c'est ce qu'expriment quelques bègues lorsqu'ils affirment « qu'ils ne peuvent pas dire « Me », et, de fait, ils ne peuvent dire « Me » sans bégayer. Il n'y a là rien qui doive surprendre, « le bégaiement n'étant pas un défaut d'articulation mais d'émission » (J. FROMENT). Par contre, la remarque suivante de HUNT ne peut être valable que pour une partie des cas : « La difficulté », dit-il, « n'est pas de dire la première lettre, mais d'enchaîner avec la deuxième, de telle sorte que le bègue répète la première, jusqu'à ce que la liaison soit effectuée ».

C'est ordinairement dans le parler courant que le bégaiement est maximum. Au cours de la lecture, il atteint d'ordinaire une grande intensité mais peut aussi devenir moindre. Il est très atténué de même, pendant une récitation, à la condition toutefois que celle-ci soit parfaitement sue. Il disparaît complètement lorsque le malade chante (99 % des cas : CHER-

VIN), et, la plupart du temps aussi, lorsqu'il crie ou emploie la voix chuchotée. Cette disparition du bégaiement dans le chant est primordiale, et elle explique que les langues chantées ignorent le bégaiement, comme en témoigne le cas du bilingue, rapporté par COLOMBAT, qui bégayait en français, et ne bégayait pas en indochinois. L'abaissement de la tonalité de la voix a un effet sédateur, tandis que la tonalité aiguë aurait un effet provocateur. Ceci repose, tout comme l'effet sédateur de la voix chuchotée, sur des bases physiologiques (MEIGE).

Un autre caractère du bégaiement est d'être influencé au maximum par les facteurs personnels et les circonstances extérieures.

Le *sexe* et l'*âge* ont une importance bien connue : le sexe masculin est presque uniquement atteint ; et les premières manifestations du mal apparaissent entre 3 et 7 ans.

Toutes les *causes de perturbation du système nerveux* agissent incontestablement sur le bégaiement qui en est habituellement accru : telles sont, dit CHERVIN, la colère, les excitations nerveuses diverses, les émotions, l'ivresse. Parfois cependant le bégaiement s'atténue et quelques individus parlent plus facilement, lorsqu'ils ont bu ou lorsqu'ils sont en proie à une colère violente. Une remarque analogue (COLOMBAT, HUNT) a été faite à propos de l'*émotion* : faible, elle aggrave l'embarras de la parole ; forte, elle est capable de le supprimer (obs. 9), dans des circonstances telles, qu'un sujet normal pourrait être complètement inhibé. C'est fréquemment la *crainte de mal parler* qui provoque l'accès, et, J. FROMENT remarque que bien souvent le bègue ne parle mal que lorsqu'il pense à son infirmité. La *distrac-tion*, dit A. LECLÈRE, est capable d'atténuer le bégaiement, et même d'en prévenir l'apparition, et ce fait est à l'origine d'une méthode thérapeutique.

Ce symptôme varie encore avec les *circonstances* : il disparaît souvent lorsque le malade se trouve seul ; il arrive que des parents se persuadent que l'enfant bégaye volontairement, « par méchanceté », « pour faire l'intéressant », et appliquent en conséquence une thérapeutique dont on devine facilement les résultats. Le bégaiement s'atténue aussi, lorsque le malade est dans les ténèbres, s'il se couvre le visage d'un masque, ou s'il est assuré qu'on ne se moquera pas de lui. C'est sans doute ce calme intérieur qui empêcha de bégayer le malade dont parle COLOMBAT et qui put faire une longue conférence sans achopper, alors qu'il avait consenti à en rehausser le caractère comique par son défaut d'élocution.

Le bégaiement est chose si variable, que J. HUNT a pu noter, qu'inversement, la crainte du ridicule peut en prévenir l'apparition. Mais, dans la presque totalité des cas, il est intense devant un auditoire, et d'autant plus que celui-ci est plus intimidant pour le sujet : il y a une véritable progression selon que le malade parle devant son entourage habituel, devant des personnes qu'il connaît moins, devant des étrangers ou en public. Ceci est une notion qu'on doit avoir présente à l'esprit, en fin de rééducation. L'importance du psychisme est ici manifeste : bien plus, le bégaiement peut être pour ainsi dire électif, ne se faisant jour que dans certaines circonstances, ou devant certaines catégories de personnes ou même telle personne déterminée (obs. 22, 35).

Les *ennuis* de tous ordres, la *fatigue* intellectuelle et physique (obs. 2, 16, 18) provoquent ou aggravent le bégaiement, et c'est là sans doute la raison pour laquelle il est souvent plus marqué le soir que le matin. Mais il n'y a là rien d'absolu et COLOMBAT affirme l'inverse. On peut en dire autant des *circonstances saisonnières et atmosphériques* : les changements de température, le temps sec (été, hiver) seraient néfastes, ce qui correspond à peu près aux effets des

baisses barométriques dont parlent d'autres auteurs. Enfin, certains bègues ont remarqué sur eux-mêmes l'influence du cycle lunaire. Le bégaiement serait plus marqué dans la position assise et plus encore dans la position couchée (BRIAND et PHILIPPE).

Ainsi, pour habituels qu'ils soient, ces caractères du symptôme-bégaiement n'en sont pas moins variables d'un sujet à l'autre. Par contre, il est deux caractères, en quelque sorte évolutifs, et qui sont absolument constants, au point que CHERVIN les rangeait parmi ses quatre signes cardinaux.

C'est d'abord *l'apparition dans le jeune âge*. Ajoutons qu'habituellement, le bégaiement tend spontanément à s'atténuer avec l'âge, et qu'il est rare de rencontrer de grands bègues, passés 60 ans.

En second lieu, c'est *l'intermittence* : souvent, sous l'influence des causes que nous avons énumérées, parfois spontanément, c'est-à-dire sans cause apparente, un sujet qui était resté toute une journée, parfois une semaine ou plus sans bégayer, sera brusquement victime d'une reprise ou d'une exacerbation de son mal. Ce fait est à l'origine de bien des déceptions, et ce bègue, qui se croyait guéri depuis des mois, fera une rechute sans cause avérée ou à l'occasion d'un traumatisme psychique (obs. 13, 35) physique, ou à la suite d'une maladie.

Apparition dès le jeune âge et Intermittence sont donc toujours retrouvées à l'interrogation des bègues. Il convient encore d'insister, en terminant, sur cette allure essentiellement *variable* qu'affecte toujours le symptôme-bégaiement : suivant étroitement les variations du monde intérieur, du physique et du monde extérieur, variant avec le mot ou la phrase articulée, ce symptôme voit les circonstances, qui le provoquent ou l'atténuent, varier elles-mêmes selon les sujets.

B. — Les autres symptômes du Balbisme.

1^o TROUBLES PHONATOIRES ASSOCIÉS.

Au symptôme-bégaiement, s'ajoutent d'autres défauts de la phonation.

Il est de notoriété universelle que les bègues parlent vite. MARICHELLE, étudiant le rythme verbal de ces malades, a montré, à l'aide de ses enregistrements, que la durée de la prononciation était trois fois moindre, et que la pause entre deux corps de phrase était réduite de moitié. Il est courant de constater qu'il n'existe aucun repos, entre deux phrases qui traduisent des pensées différentes. Cette *rapidité du débit* est toujours un élément défavorable qu'il sera indispensable de corriger. Diverses explications ont été proposées pour expliquer cette constatation. S'ils parlent vite, dit MARAGE, c'est peut-être parce que, respirant mal, ils sont toujours à bout de souffle ; c'est peut-être aussi, parce que, après l'arrêt phasique, ils craignent d'achopper de nouveau ou bien parce que la poussée se continue, qui avait pour but de vaincre l'obstacle. Peut-être encore est-ce, comme on le pensait autrefois, la rapidité de l'idéation, assez commune aux bègues, qui entraîne à sa suite la rapidité de son expression verbale.

Certaines *anomalies de la voix* se rencontrent assez fréquemment. Quelques auteurs ont remarqué que la voix était souvent basse et mal timbrée. MEIGE insiste sur sa monotonie et pense au contraire que la tonalité est élevée. Dans les sons aigus, l'anche vocale étant déjà fortement contractée, on conçoit que la voix élevée soit un facteur défavorable, que cet auteur conseille de modifier le plus possible. Une remarque analogue peut être faite en ce qui concerne la monotonie de la voix, si l'on veut bien se

rappeler, que les idiomes chantants semblent prémunir contre le bégaiement, et que le pire bégue peut d'ordinaire chanter comme un individu normal. *SCRIPTURE* parle de différences de hauteur. D'une manière générale, on peut dire que les bégues ne sont pas rares qui ont la voix mal posée ; la tonalité en est inconstante, même dans les moments où la parole est facile.

Souvent, en outre, les bégues sont incapables de commencer une phrase ou un mot par un son filé, doux, d'une intensité progressivement croissante ; mais ils sont, en quelque sorte, obligés d'attaquer brutalement. Au moment de cette attaque brutale se produisent des sons, tantôt brefs et répétés, tantôt uniques, prolongés et plus rudes, en rapport avec des contractions cloniques ou toniques du larynx.

Les *défauts d'articulation* n'existent pas, à proprement parler, comme symptômes associés au bégaiement. Lorsqu'on les constate, ce qui n'est pas rare, ou bien ce sont des vices indépendants du bégaiement : blésités chez un bégue, comme il en existe chez les non bégues ; ou bien ce sont des défauts légers et variables, corollaires des mouvements anormaux qui accompagnent certains bégaiements : mouvements des lèvres et des joues, de la langue et du voile. Ces défauts disparaissent, en même temps que se calment ces contractions intempestives. C'est en partant de ce point de vue, qu'on peut penser à en rapprocher les « coups de glotte » dont nous avons déjà parlé.

Bien différentes, au contraire, sont certaines émissions vocales qui précèdent, chez quelques bégues, la parole : tantôt c'est un son plus ou moins distinct, et tantôt une syllabe (le plus souvent « Te » ou « Ne »). Plus rarement c'est un mot, habituellement bref, ou même une expression courante, mais simple. Ce préfixe ainsi surajouté est d'ordinaire toujours le

même chez un même malade, mais il est des plus variables dans l'ensemble. Beaucoup plus habituel chez l'adulte, il existe cependant chez l'enfant, et nous en avons observé quelques cas. Ces embolophrasies, dit FRÖSCHELS, n'apparaîtraient qu'après un nombre d'années variable, mais toujours tardivement, après le début du mal, et suivraient en se compliquant l'ordre progressif dont nous avons usé en les énumérant. Cependant, nous devons avouer que, chez les deux enfants bègues chez lesquels nous les avons observés (obs. 16 et 30), ces syllabes-préfixes étaient apparues dès les premiers temps du bégaiement ; il ne s'agissait pas de bégaiements émotionnels, qui, pour la rapidité de leur évolution, peuvent être rapprochés des bégaiements de guerre. Quelle est la signification de ces faits ? On pourrait penser que ce sont là des sons involontaires, mécaniques, dus à la position favorable des organes articulatoires, fixés par une contraction passagère, au moment d'une expiration précédant la parole, laquelle expiration, fut restée sans cela aphone. Mais il faut alors faire intervenir une sorte d'habitude automatique, pour expliquer que le son ou la syllabe préfixe soit toujours le même. Nous pensons plutôt que ce sont des mouvements de défense automatiques (peut être volontaires tout au début), comme on en observe chez les sujets non bègues, lorsqu'une difficulté élocutoire se présente. (Heu... Hé...). L'un de nos malades nous en a donné une preuve : obligé par sa mère de perdre l'habitude de dire « Ne », il prit celle de souffler bruyamment, lorsqu'une difficulté survenait ; il emploie actuellement tantôt l'une, tantôt l'autre de ces méthodes. Il s'agirait donc, non pas d'un son, en tant que son, mais d'un mouvement, d'un acte de défense ou d'attente. Il en va de même pour les mots préfixes, et, il y a peut-être à leur origine, un essai de camouflage (conscient ou non, volontaire ou involontaire).

2^o TROUBLES RESPIRATOIRES.

La respiration est profondément troublée chez les bègues; mais il faut étudier séparément la respiration isolée, et la respiration pendant la parole.

a) *la respiration physiologique* est considérée par nombre d'auteurs comme anormale.

L'anomalie la plus considérable serait le raccourcissement du temps expiratoire. Sa durée ne dépasserait pas 14 secondes et GUTZMANN en fait un des éléments de diagnostic des bégaiements simulés. Nous pensons que c'est être trop intransigeant; nous avons constaté chez nos enfants bègues quelques chiffres aussi bas, mais ils sont le plus souvent dépassés, même dans l'expiration sonore. Dans les cas où l'expiration à vide serait notablement ralentie, il s'agirait sans doute d'une mauvaise habitude, secondaire au ralentissement de l'expiration vocale.

La capacité thoracique est absolument normale, en rapport avec l'âge et la constitution générale du sujet.

En résumé : modification peu importante et inconstante de la respiration physiologique, ce qui contraste singulièrement avec les troubles profonds de cette même fonction respiratoire, pendant la parole. Cette constatation permet donc, à elle seule, d'affirmer l'origine uniquement fonctionnelle de ces anomalies. Elles accompagnent l'acte phonatoire et ne sauraient être la cause du bégaiement.

b) *La respiration pendant la parole* est très anormale.

L'inspiration est insuffisante; raccourcie, diminuée dans son ampleur, superficielle et brusque; dans quelques cas, elle est profonde, mais toujours d'une extrême brusquerie. Parfois, l'inspiration qui précède l'émission vocale manque totalement, quitte à se produire ensuite, entrecoupant le débit. Elle peut être saccadée.

L'expiration est très notablement écourtée (la durée d'un A sonore ne dépasse guère 15 à 17 secondes ; celle d'un A chuchoté est, bien entendu, plus courte encore). Elle se fait brusquement, par saccades ; parfois de manière explosive. Elle peut être interrompue, puis reprise ; elle peut être entrecoupée d'une courte inspiration. Enfin, il est fréquent de constater une expiration aphone, soit qu'elle précède immédiatement la parole, soit qu'elle continue après elle (fig. 5). A noter que ces anomalies sont plus marquées lorsque la parole rencontre une difficulté, mais qu'elles s'observent constamment chez les bégues même lorsqu'ils parlent de manière fluente.

Les poses intermédiaires sont parfois prolongées, souvent raccourcies. Au total, le bégue, habituellement, a un cycle respiratoire écourté ; la rapidité de sa respiration va de pair avec la rapidité de son débit. Enfin, dans quelques cas, il y a une véritable inversion des concordances physiologiques : l'expiration est aphone, tandis que l'inspiration devient sonore.

Les pneumogrammes rendent compte de ces anomalies. On doit enregistrer simultanément les vibrations nasales, buccales, laryngées, thoraciques et abdominales ; pour ces dernières, les appareils sont placés respectivement à 4 doigts au-dessus du mamelon (Th. supérieur), sur la ligne mamelonnaire (Th. inférieur) et à 4 doigts sous le mamelon (région thoraco-abdominale).

Les tracés respiratoires thoraciques (sup. et inf.) sont relativement synchrones ; ils présentent des anomalies semblables et assez peu marquées, comparativement à celles de la respiration abdominale. Ce dernier tracé offre le maximum d'irrégularité et de fantaisie (fig. 2 et 3) ; il est tellement variable d'un cas à l'autre, qu'une description schématique est impossible. Dans l'ensemble, il est en désaccord complet avec le tracé thoracique ; ses poses, ses inspira-

tions ou expirations répondant à des phases différentes des 2 autres courbes. Ce sont là des anomalies respiratoires incontestables ; il en est tout autrement de ces petits accidents, qui ne modifient pas la direction générale, mais enlèvent un peu de leur rectitude aux diverses portions du tracé. La figure 1 montre, que certains d'entre eux, ne sont que la traduction graphique des battements de l'aorte descendante ; cependant, il ne nous a pas semblé que cette explication fût valable pour tous les menus accidents dont nous parlons ici.

Le tracé nasal révèle parfois des anomalies : inspiration nasale entre de courts fragments parlés, alors que l'inspiration est d'ordinaire uniquement buccale dans ce cas (fig. 5). Présence de vibrations pour des phonèmes qui n'en devraient pas donner ou inversement : ce qui montre le fonctionnement défectueux du voile (fig. 6). En dehors de ce cas, il arrive qu'on constate de petites vibrations dont l'origine reste inexpliquée, le diaphragme ne semblant y avoir aucune part.

La courbe laryngée (fig. 4) présente dans son ensemble un désordre parfois considérable ; les vibrations sont, les unes augmentées, les autres diminuées, à la fois dans leur durée et dans leur amplitude. La courbe traduit, par ses descentes profondes, des fermetures plus ou moins durables du larynx, avec, comme conséquences : un excès contemporain de la pression thoracique, et, consécutivement, une exagération des vibrations laryngées et une explosion qui s'inscrit sur la courbe buccale.

Ces divers mouvements, qu'ils soient anormaux dans leur existence même ou par l'exagération de leurs caractères propres, se présentent les uns comme brefs, les autres comme durables. Il convient en outre de remarquer que tous ces troubles respiratoires peuvent n'exister que postérieurement au symptôme-

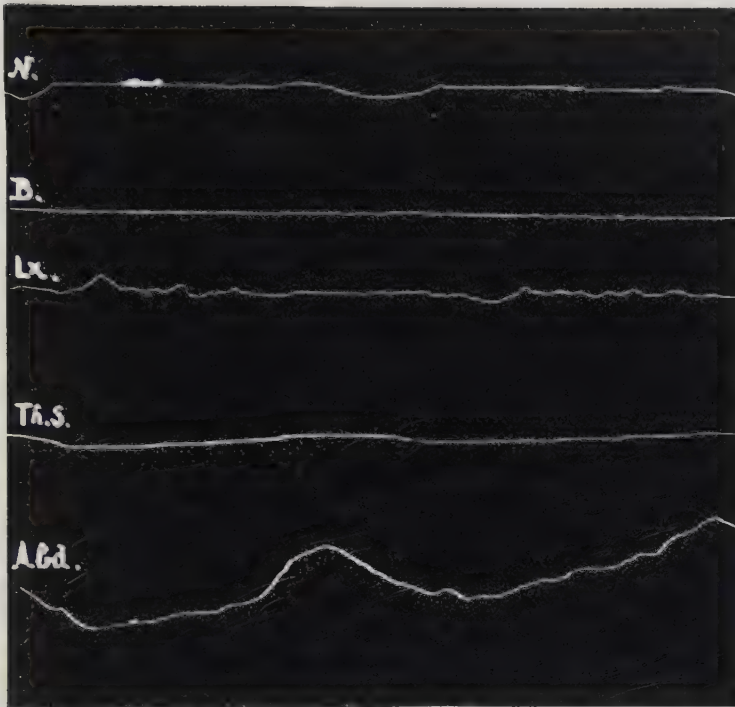
bégaiement, de même qu'ils peuvent lui survivre ou s'atténuer spontanément avec le temps.

3^o TROUBLES MOTEURS.

Mais ce n'est pas seulement dans le domaine respiratoire que l'on peut constater des troubles moteurs. Fait remarquable, comme les troubles respiratoires, ces troubles moteurs n'apparaissent guère qu'à l'occasion du parler.

Ces « mouvements associés » intéressent tous les muscles de l'économie. On les a vu dominer le tableau clinique, au point de simuler la folie (GUTZMANN), ou de simuler une crise épileptoïde.

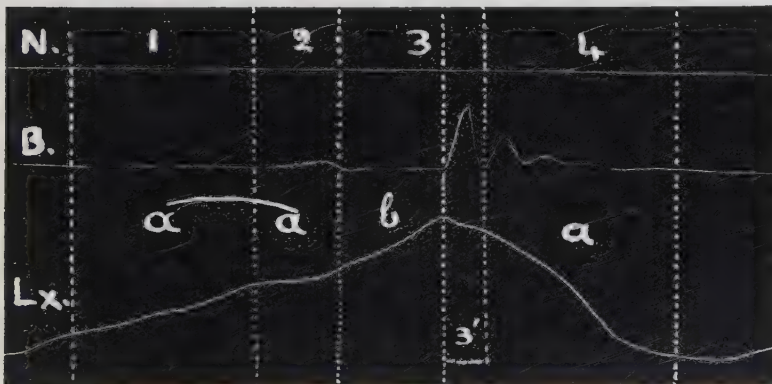
Habituellement ils sont modérés et s'observent principalement à la face ; ils ne manquent jamais dans le domaine du facial inférieur : atteignant ainsi l'orbiculaire et le triangulaire des lèvres, le buccinateur, le carré et la houppe du menton. Ils évoluent tantôt sur le mode clonique (frémissements des lèvres, des joues, du menton, marmonnements silencieux comme si le sujet se récitait quelque chose à lui-même), tantôt sur le mode tonique : les lèvres sont fortement pincées ou entr'ouvertes, les commissures tirées au dehors et en haut, le menton plissé, allongé verticalement. Tous les muscles innervés par le VII inférieur sont atteints : élévateur commun de la lèvre supérieure et de l'aile du nez, élévateur propre de la lèvre supérieure, dilatateur. On observe ainsi de façon quasi constante une sorte de frémissement, de battement en éclair, très rapide, des ailes du nez, qui accompagne ou précède la parole. Ce signe du battement des ailes du nez aurait été observé chez les bégues, en dehors de l'acte phonatoire, et même à titre prémonitoire ; DUPUIS et LEGRAND ont insisté sur son importance, FRÖSCHELS en fait un argument de grande valeur pour le diagnostic des bégaiements



Borel-Maisonny.

FIG. 3. — Charles Lax. (Obs. IV).

Remarquer : les inspirations exclusivement nasales entre les courtes phrases, et la forte nasalité du sujet opéré de végétations adénoïdes. — L'exagération des mouvements laryngés. — L'insuffisance de la respiration thoracique et les irrégularités du tracé de la respiration abdominale. Les mouvements exagérés du larynx, les irrégularités de la courbe abdominale avaient laissé prévoir la récidence qui se produisit 3 mois plus tard.



Borel-Maisonny.

FIG. 4. — Jacques Lex.

Anomalies de fonctionnement du larynx : constriction exagérée (segment 1) avec début assourdi de la voyelle *a* qui n'apparaît avec son timbre normal que dans le segment 2. Ascension trop grande durant la tenu du *b* (à noter que cette consonne se termine par une très forte explosion avec excès de souffle buccal : segment 3'). Apparition du second *a* avec signes de constriction exagérée du larynx (segment 4).

simulés. Les mouvements des joues alternativement plissées et libres s'y associent très souvent, de même ceux de la mandibule. Celle-ci est attirée en haut par les muscles masticateurs qu'innervent le nerf maxillaire inférieur, tirée en bas par le paucier du cou (innervé par le VII inférieur), le ventre antérieur du digastrique, le génio-hyoïdien et le mylo-hyoïdien qu'innerve le maxillaire inférieur, en connexion anastomotique avec le facial. Tantôt elle est animée de mouvements d'ouverture et de fermeture ou de frémississements, tantôt c'est un pseudo-trismus.

Les muscles du domaine du facial supérieur ne restent pas inactifs : on voit des clignements ou des clignottements de paupières ; des rides du front, intermittentes ou permanentes (sorte de contracture), les accompagnent souvent.

Ces mouvements associés peuvent s'étendre à n'importe quel autre groupe musculaire, et certains sujets auront des inclinaisons diverses de la tête, parfois à type de hochement ou d'approbation, accompagnant la mimique ; d'autres auront un balancement lent du tronc ou des soubresauts brusques. L'élévation d'une ou des deux épaules est assez fréquente ; il est à remarquer que les fixateurs-élevateurs du moignon de l'épaule sont, vu leurs insertions, des muscles inspireurs accessoires.

Enfin, chez d'autres, les mouvements des membres sont remarquables : mouvements divers, rapides ou lents des doigts, parfois flexion forcée (poing), mouvements des membres inférieurs produisant parfois un lent dandinement ou bien des secousses brusques (frappe du pied).

On a signalé également des contractions anormales des muscles viscéraux (en plus, bien entendu, de ceux des muscles laryngés et respiratoires) ; au niveau de l'œsophage, des mouvements de déglutition qui accompagnent ou précèdent l'émission vocale ; au niveau de l'intestin, de la vessie : faits rares d'émission invo-

lontaine de matières et d'urine, d'arrêt brusque de la miction. Peut-être conviendrait-il d'en rapprocher des faits, comme l'accélération ou le ralentissement des contractions du muscle cardiaque, comme la dilatation ou la constriction des tuniques artérielles, dont on observe les effets chez de nombreux bègues, comme nous le verrons.

Tous ces mouvements anormaux peuvent, comme le bégaiement et les troubles respiratoires, s'atténuer d'eux-mêmes, ou bien persister à l'état isolé, après rétrocession du bégaiement.

* * *

Tels sont les mouvements associés. Leur signification a fait l'objet de nombreuses interprétations.

Certains d'entre eux ne sont certainement pas pathologiques : chez tout sujet normal, à l'occasion du parler, les paupières, les muscles de la mimique ne restent pas inactifs. De même, le fait de serrer le poing ou de frapper du pied, peut être considéré comme la traduction de l'impatience d'un sujet nerveux, devant une difficulté pénible.

D'autres, de par leur caractère, sont manifestement pathologiques : ils prennent, comme le bégaiement lui-même, soit le type clonique, soit le type tonique et même l'un et l'autre successivement (mouvements des lèvres et du menton, des paupières, du tronc, des membres). Ou bien, ils ne s'observent pratiquement jamais chez le sujet normal (battements des ailes du nez, chorée des lèvres...) ou bien encore ce sont des contractions antagonistes.

Parmi ces mouvements anormaux, quelques-uns, comme les contractions intenses des muscles de la face, sont peut-être simplement déclenchés par l'effort élocutoire ; ils apparaîtraient comme des crampes fonctionnelles intentionnelles (GUTZMANN) ;

quelques-uns s'apparenteraient aux tics et aux stéréotypies, ou encore aux mouvements de défense, aux contractions antagonistes (MEIGE).

FRÖSCHELS les désigne d'un mot, qu'on peut traduire par *Co-Action* : parfois conscientes, voire volontaires à leur origine, elles deviennent à la longue involontaires et même peut-être inconscientes. Certaines d'entre elles seraient parfois des équivalents des mots préfixes, et se placeraient ainsi au début de la phrase litigieuse : toux, hochements de tête, mouvements de déglutition, etc... Que ces mouvements soient tous à la longue "automatiques, que même le sujet n'en prenne pas nettement conscience, est très probable ; mais il est bien moins certain que ces mouvements trouvent leur origine dans la volonté. Certaines d'entre ces « embolophrasies » apparaissent comme des mouvements de défense, soit instinctifs, soit volontaires, de la part d'un sujet qui, étant devant une difficulté de parole, veut gagner du temps, éliminer cette difficulté, l'amoindrir, ou la masquer. Mais ceux qui, dès leur apparition, possèdent des caractères pathologiques analogues à ceux du bégaiement lui-même, ne sauraient être volontaires ; et ils le sont d'autant moins que la volonté n'a guère plus de prise sur eux que sur le bégaiement (chorée des lèvres, mouvements en éclair des ailes du nez, etc...).

* * *

Si, maintenant, on rapproche entre eux les 3 symptômes majeurs de la maladie (bégaiement, troubles respiratoires et mouvements moteurs pathologiques) on voit qu'ils ont plus d'un trait commun. Ils n'apparaissent qu'à l'occasion de la parole ou de l'intention de parler, siègent dans des territoires anatomiques sains, tant du point de vue musculature que du point de vue innervation, évoluent, pour beaucoup

d'entre eux, soit sur le mode tonique, soit sur le mode clonique. Ils ne peuvent être supprimés radicalement par un acte de volonté. Ils évoluent parallèlement, subissant, sous les mêmes influences, des exacerbations et des rétrocessions ; FRÖSCHELS soi-même, contrairement à GUTZMANN, note que, pendant les périodes de latence du symptôme bégaiement, on ne peut se fier aux troubles respiratoires pour confirmer un diagnostic hésitant. Ces analogies ne plaident pas en faveur de l'interdépendance de ces manifestations pathologiques ou de la souveraineté de l'une d'elles sur les autres ; tout au contraire, elles incitent à les placer sur le même plan, plan inférieur ou de dépendance vis-à-vis d'un autre phénomène qui serait leur commune cause, cause dont nous aurons à discuter la nature.

4^o TROUBLES VASO-MOTEURS ET SÉCRÉTOIRES.

Ces phénomènes se produisent eux aussi à l'occasion du parler. Le plus commun est un rougissement de la face, parfois très léger, d'autres fois très intense avec pseudo-bouffissure du visage, turgescence des veines du cou et des tempes. Les causes en sont la forte réaction vaso-motrice à l'émotion, la compression veineuse par les muscles du cou et, dans certains cas, l'effort respiratoire coïncidant avec la fermeture du larynx et produisant une augmentation notable de la pression intra-thoracique. GUTZMANN signale quelques cas de rougeur localisée (région olécraniennne, région rétro-auriculaire).

A la rougeur de la face, s'associe parfois une sudation légère ; le plus souvent, elle reste localisée aux ailes du nez, parfois au front ; elle peut s'étendre à toute la face, ou ne se manifester qu'aux extrémités. Ce sont là, vraisemblablement, phénomènes émotionnels, comme la sécheresse de la bouche ou la

scialorrhée intense, celle-ci toutefois pouvant reconnaître comme cause une compression glandulaire due aux muscles contracturés.

C. — Examen général.

Lorsqu'on étudie un bègue d'un point de vue général, on est à nouveau frappé par la variabilité des faits anormaux qu'on observe. Quelques-uns, que nous soulignerons, acquièrent, par le contraste de leur constance relative, une certaine valeur.

1^o MORPHOLOGIE. — La morphologie des bègues a donné lieu à d'intéressants travaux portugais : Aurelio DA COSTA FERREIRA arrive à en distinguer 2 types. L'un, *musculo-adipeux*, comprend des sujets bréviliniens, au visage enfantin, aux lèvres grosses. L'hypotrichose est habituelle. Ce sont des hyposthéniques aux mouvements lents, aux réactions retardées. L'autre, *nerveux*, est représenté par des sujets longiliniens, hypertricosiques, à la peau pigmentée, aux yeux noirs, vifs et brillants, parfois exophtalmiques. Ce sont des agités aux mouvements variés, brusques, incoordonnés. SZONDI, dans une large statistique, trouve autant de bègues aux lignes allongées que d'enfants trapus ou courts. Personnellement, nous avouons n'avoir été frappé par rien de particulier dans l'habitus proprement extérieur des bègues. Quelques-uns appartiennent manifestement au type longiligne, d'autres sont trapus, mais tous les intermédiaires existent ; il en est de même si on les compare, du point de vue du développement de la musculature. La question est d'ailleurs d'un médiocre intérêt ici, puisqu'il s'agit d'enfants ou d'adolescents, qui pourront modifier entièrement, en quelques années, leurs proportions.

La pigmentation est un phénomène beaucoup plus

constant, mais son étude ne semble guère comporter quelque enseignement : nous avons trouvé autant de blonds que de bruns ou de types intermédiaires. L'iris est de couleur correspondante, encore que nous ayons observé un brun aux yeux bleus, et, chez les blonds, un nombre d'yeux clairs presque égal à celui des yeux foncés.

Il n'est pas douteux que le mauvais état physique puisse jouer un rôle, mais ici ni plus ni moins que dans n'importe quel trouble fonctionnel. Et, si quelques-uns de nos sujets étaient des malingres, ils demeureraient l'exception vis-à-vis le plus grand nombre.

2° L'EXAMEN SOMATIQUE GÉNÉRAL ne révèle habituellement rien de notable. On a parlé de rachitisme : sa fréquence urbaine est telle qu'on ne saurait en tirer argument. Dans les larges études publiées par FRÖSCHELS, on ne peut retrouver qu'un petit nombre d'anomalies, et, ce qui est plus important, chacune d'entre elles n'est représentée que chez quelques sujets isolés.

Ce sont des *anomalies du système osseux* : rétro ou prognatisme, bosses craniennes saillantes, saillie des rebords orbitaires, lordose et omoplates concaves, thorax en entonnoir, thorax de poulet. Ou bien, ce sont des *asymétries* des extrémités et surtout de la face.

L'examen de la bouche et du nez révèle : l'existence d'une voûte ogivale, d'une déviation de la cloison ; de grosses amygdales et des végétations adénoïdes, dans une proportion qui varie de 6 à 17 %, alors que GUTZMANN en trouve porteurs 40 à 50 % des bégues. Un retard du changement de dentition est parfois noté.

Du côté des organes des sens, on trouve : des cas rares de strabisme, inégalité pupillaire, yeux bridés, paupières surnuméraires, sclérotique bleue (obs. 15) ;

plus souvent un lobule de l'oreille accolé, un lobule de Darwin.

Du côté du système cutané : peau de marbre, pilosité exagérée, circulation thoracique superficielle très développée, ces deux derniers faits étant d'ordre assez banal.

Pour ce qui est des troubles endocriniens, ils ne frappent les bégues que dans de faibles proportions : on rencontre 2 ou 3 basedowiens ou mongoliens sur 100. Parfois le corps thyroïde est palpable, sans autre signe associé. Les hypoplasies testiculaires seraient moins rares que les hyperplasies. Néanmoins, nous verrons que certains symptômes, que présentent souvent les bégues, ont pu être rapportés par quelques auteurs, à un dysfonctionnement fruste du corps thyroïde.

Les statistiques, malheureusement, ne sauraient fournir ce renseignement précieux : à savoir si plusieurs de ces défauts ont été observés chez un même sujet, acquérant ainsi une valeur particulière.

Nos observations nous conduisent semblablement à ne voir là que des faits pathologiques isolés et, par conséquent, incapables d'être le substratum de la plus timide généralisation. Quelques-unes de ces constatations imposent néanmoins des discussions et quelques faits différents doivent être ajoutés.

En ce qui concerne l'hypertrophie des amygdales et surtout les végétations adénoïdes, il est très difficile d'apprécier leur fréquence chez les enfants bégues : parce que, déjà, ce sont choses fréquentes d'ordinaire, et aussi parce qu'on en pratique l'ablation avec une très grande facilité : parfois celle-ci est légitimée par la survenue de complications, ou par une insuffisance respiratoire nasale, que l'interrogatoire rapporte, et qui, du même coup, confirme leur existence passée, cette gêne respiratoire ayant cessé après l'intervention ; mais, dans le cas opposé, toute

affirmation est téméraire. Un point d'importance ressort clairement de la plupart de nos observations : c'est l'influence absolument nulle de ces interventions sur le bégaiement, celui-ci restant tout aussi intense qu'auparavant.

Il est très fréquent de trouver chez les bégues une voûte ogivale, parfois peu marquée, souvent très profondément creusée ; cette malformation peut tout au plus créer des difficultés d'articulation et de la gêne respiratoire par diminution du volume du résonateur nasal, mais non pas engendrer le bégaiement.

L'examen somatique général des bégues révèle d'autres dystrophies, dont les seules fréquentes frappent la dentition : carie dentaire fréquente, parfois retard d'apparition de la première dentition ou du remplacement de celle-ci par la seconde, enfin malformations dentaires, en particulier mauvaise implantation et écartement exagéré des incisives médianes supérieures (obs. 2, 12, 22, 29).

L'interprétation de ces faits est discutée, et certains y ont vu un trouble glandulaire en particulier thyroïdien. Reste la question de l'hérédo-syphilis. Nous avons pu penser *a priori* qu'un trouble de la seconde, voire de la première enfance, comme le bégaiement, aurait pu être imputé à l'hérédo-syphilis. Il n'en est rien. Dans la presque unanimité des cas, on ne trouve pas, groupées, ces dystrophies qui permettent cliniquement d'affirmer, presque à coup sûr, la syphilis héréditaire. La polymortalité infantile, les accouchements prématurés, les avortements, sont exceptionnels. Dans un cas (obs. 12), il s'agissait certainement d'un hérédo-syphilitique, mais le bégaiement s'était développé malgré un traitement spécifique institué très tôt, régulièrement poursuivi, et continué jusqu'au moment où nous vîmes l'enfant. Il semble donc légitime de conclure qu'on se trouve en présence, dans la plupart des cas, de signes dis-

parates de dégénérescence légère, sans cause morbide déterminée.

D'ailleurs, les *organes des sens* sont rarement touchés quant à leurs fonctions : nous avons vu parmi nos malades trois enfants atteints de strabisme : l'un très marqué, interne bilatéral, deux autres légers, internes gauches ; un quatrième sujet était porteur depuis toujours d'une surdité unilatérale gauche (obs. 25), sa sœur présentait la même infirmité et était également bègue. L'influence de l'ouïe sur le bégaiement a fait l'objet de travaux particuliers ; Adolf KERN a montré que l'assourdissement provoquait des troubles de la parole, et il suppose que, chez le bègue, il existe une hypertrophie de l'ouïe qui incite l'enfant à penser au mot et non pas à l'idée qu'il représente. L'argument peut être inversé : l'ouïe est un contrôle de la parole (qui était peut-être moins exact chez nos deux malades) et qui permet de se rendre compte des défauts de la parole et, pour certains sujets, d'y parer en partie.

3^o L'ENQUETE PROPREMENT NEUROLOGIQUE, de l'aveu même des auteurs les plus autorisés, reste pratiquement infructueuse. Il n'existe, chez les bègues, ni troubles de la motricité, de la sensibilité ou de la réflexivité, ni signes d'incoordination. Le nystagmus reste très rare, le signe de Schwostek, un peu plus fréquent, tous deux d'interprétation douteuse.

Ce que nous avons trouvé assez souvent, est une certaine vivacité des réflexes patellaires, mais sans signes d'exagération ; assez souvent aussi, une pseudo-dysmétrie unilatérale et plus souvent gauche, mais les marionnettes étaient parfaitement exécutées. Dans plusieurs cas enfin, nous avons remarqué un pseudo-nystagmus, consistant en secousses très légères des globes, dans les positions extrêmes du regard, en une certaine instabilité rappelant la tré-

mulation générale légère des muscles de la face, si fréquente chez ces sujets, lorsqu'on leur commande l'immobilité. Nous avons relevé un cas de somnambulisme (obs. 22). Il convient d'insister sur l'existence fréquente de *tics* : il s'agit ici de tics vrais qui doivent être différenciés des mouvements associés au bégaiement, et sur l'importance desquels nous reviendrons.

4° Un certain nombre de ces symptômes anormaux entrent dans le cadre du DÉSÉQUILIBRE VAGO-SYMPATHIQUE (1) dont sont atteints les enfants bègues. Depuis longtemps d'ailleurs, les auteurs avaient souligné le tempérament des bègues. Seul VIOLETTE prétend que le nervosisme n'est que la conséquence du bégaiement. La plupart disent que le bègue est de tempérament sanguin et nerveux, ou bien qu'il est fin, spirituel, timide, susceptible. Le bégaiement est rare chez les lymphatiques, chez les flegmatiques. Il convient de remarquer que ces sujets se dominent plus facilement, peuvent camoufler leur bégaiement, qui, dans quelques cas, peut passer inaperçu. GUTZMANN pense même, que le bégaiement se fait plus rare à mesure qu'on avance en âge, parce que le tempérament se modifie dans ce sens. Les bègues sont parfois instables, versatiles ; assez souvent l'attention et la volonté sont déficientes, et MEIGE reconnaît ici les particularités psychiques fréquentes des prédisposés, dégénérés, débiles.

Nous nous sommes efforcé de grouper les troubles d'ordre vago-sympathique, mais il ne nous a pas paru que, chez les individus jeunes, ces troubles fussent aussi nettement systématisés que chez l'adulte.

Quelques-uns, cependant, se présentent comme des *Émotifs*, aux réactions retardées et reviviscentes,

1. Voir H. CODET, *les Émotifs et les Impressionnables, leur psycho physiologie, l'Évolution psychiatrique*, deuxième série, n°2, Paris, mars 1931.

au caractère à la fois sensible et renfermé. Ce sont eux, qui réagissent à l'émotion par la pâleur du visage, la sudation froide des extrémités, parfois la tendance lipothymique et même la syncope. La friilosité, la facile pigmentation au soleil, les troubles du sommeil complètent ce tableau de l'hypervagotonie.

D'autres, un peu plus nombreux, sont des hyper-sympathicotoniques, des *Nerveux*, aux réactions vives, mais passagères, enclins aux colères brusques, rougissant facilement et facilement tachycardiques. Ils sont sujets aux érythèmes solaires et aux ecchymoses. Chez eux on trouve de l'hyperesthésie superficielle, avec une pseudo-exagération des réflexes tendineux.

Mais dans beaucoup de cas, les enfants bègues ressortissent à la fois aux 2 catégories. Le réflexe oculo-cardiaque et le réflexe solaire sont rarement exagérés. Par contre, il n'est pas rare de trouver l'un d'eux (solaire le plus souvent) inversé. Dans un cas (obs. 22) les deux réflexes étaient inversés.

5° Nous venons de voir un certain nombre de PARTICULARITÉS PSYCHIQUES des bègues.

Les auteurs, les anciens surtout, insistent sur la timidité des bègues. Celle-ci ne nous a pas paru évidente ; dans la majorité des cas, l'entourage n'accusait pas une timidité anormalement exagérée et l'enfant, même jeune, ne semblait pas particulièrement intimidé à la consultation, dans un lieu, et devant des personnes qu'il ne connaissait pas, et il parlait très volontiers. Le fait d'être bègue peut rendre un sujet timide ; c'est une toute autre question.

Enfin, on s'accorde à admettre que les bègues ont une intelligence développée normalement selon leur âge ; nous avons pu le constater, et plusieurs de nos malades étaient, malgré l'handicap d'un léger bégaiement, des élèves brillants.

Mais il est un fait sur lequel nous avons déjà in-

sisté : c'est l'influence habituellement néfaste de l'entourage : parents nerveux, émotifs, réprimandant le petit bègue, continuellement et mal à propos. Ceci crée indubitablement un état mental défavorable, qui met constamment le malade en présence de son infériorité fonctionnelle, et peut aller jusqu'à lui donner une fausse preuve de son incurabilité. C'est là une des raisons de l'état d'esprit soupçonneux et défiant que traduisent bien le facies et l'attitude de certains bègues. Nous pensons que ce n'est, la plupart du temps, qu'une attitude psychique secondaire, comme tend à le prouver ce fait que nous ne l'avons guère rencontrée chez des enfants jeunes (obs. 7), mais, au contraire, chez des sujets d'un certain âge (obs. 1, 4, 8 et 15).

Ces conséquences mentales du bégaiement méritent de retenir toute l'attention. Plusieurs facteurs en conditionnent les modalités. Sans doute la forme et l'intensité du mal y ont-elles quelque part, mais il faut tenir compte plus encore de deux autres facteurs : premièrement, l'ancienneté du bégaiement (ces troubles sont, en règle générale, d'autant plus fréquents et plus intenses que le sujet considéré est plus avancé en âge). Il n'en est pas moins vrai, que les enfants, même très jeunes, n'en sont pas indemnes (obs. de FRÖSCHELS à propos d'une fillette de 2 ans 1/2). Toutefois les réactions mentales sont sans doute, à cet âge, plus instinctives que raisonnées. Deuxièmement : le terrain mental préexistant : chaque individu réagit selon son tempérament propre, et nous avons observé des influences différentes de la fréquentation scolaire : aggravation souvent, avec retard des études, mais dans un cas amélioration malgré cette fréquentation scolaire (obs. 27).

Le mécanisme de ces troubles mentaux d'ordre affectif est un véritable cercle vicieux : le défaut élocutoire crée la peur du ridicule et de la moquerie, et a pour conséquence l'appréhension de mal parler ;

celle-ci à son tour exagère le trouble de la parole. Et il s'ensuit de nouveaux désordres. Tantôt, en effet, cette phobie verbale porte sur tous les mots. L'enfant se confine alors dans un mutisme, parfois rigoureux, plus souvent partiel : il ne répond pas aux questions, et, si on insiste, répond toujours par une même phrase, courte, préparée à l'avance, correctement et très rapidement dite (obs. 26). Tantôt l'obsession n'existe que pour quelques mots ou expressions déterminées : l'enfant les évite, soit par suppression pure et simple, soit par substitution d'un mot équivalent ou d'une périphrase. Chez l'adulte, on assiste ainsi à des discours longs et compliqués qui peuvent finir par trahir complètement la pensée de leur auteur.

Dans les cas où la difficulté consiste à commencer la phrase, l'enfant use d'artifices qui font méconnaître son bégaiement, pendant un temps parfois long : il fait précéder l'émission vocale d'un mot, et plus souvent d'une syllabe. Certains auteurs ont vu ici la preuve d'une autre phobie : la peur de se taire ; nous pensons plutôt qu'il s'agit de la peur de ne pouvoir parler sans achopper dès le début, car ces mots préfixes peuvent être remplacés (obs. 30) par des équivalents : action de souffler plus ou moins bruyamment, de faire un geste de la main ou de la tête... Parfois l'artifice employé est capable de camoufler un bégaiement léger : les enfants se composent un visage attentif, font des jeux de mimique expressifs, et donnent ainsi l'illusion qu'ils réfléchissent avant de répondre (obs. 26).

A la longue, et chez des individus prédisposés, ces phobies verbales continuelles avec lutte incessante, peuvent aboutir à une véritable *angoisse de parler*. Il peut s'y surajouter, à un degré plus ou moins élevé, un doute de son propre langage. Ce doute peut déborder le seul acte de la parole, s'étendre à toute la personnalité : le malade, alors, se méfie de soi,

devient timide, peut avoir des pensées d'infériorité, au total plonger dans un état de dépression psychique plus ou moins grave. Tous ces troubles doivent faire l'objet d'une étude minutieuse en vue du traitement, mais ils ne sont jamais que secondaires, et la preuve en est, qu'ils disparaissent lorsque disparaît le bégaiement (GUTZMANN). Ces désordres, cette idée d'infériorité existent, toutefois à un degré moindre, chez les enfants atteints de retard de la parole ; ils auraient peut-être, dans ce cas, une certaine influence sur la genèse ultérieure d'un bégaiement, ou tout au moins sur le déclenchement des accès.

6° Restent à étudier quelques faits de grand intérêt, étant donné leur fréquence chez nos petits malades.

Les bégues sont souvent des *gauchers*, et souvent aussi des gauchers corrigés dès l'enfance. Dans les vingt observations pour lesquelles la question a été posée avec précision, nous avons trouvé : 7 gauchers, parmi lesquels 3 n'avaient pas d'antécédents homologues ; 9 fois il y avait des gauchers dans la famille. Si l'on considère que 4 enfants présentent à la fois ces 2 particularités, on arrive à trouver soit l'une, soit l'autre, soit les 2 à la fois dans 12 observations sur 20, c'est-à-dire dans 60 % des cas.

Depuis quelques années, on s'est beaucoup occupé de cette question et l'on a souligné cette fréquence. On a signalé des bégaiements apparus rapidement après correction chez les gauchers ; des cas que nous rapportons confirment ce fait. MUNRO relate celui d'un enfant droitier, qui devint gaucher sous l'influence de sa sœur gauchère ; il devint gravement bègue un an après avoir, en classe, appris à écrire de la main droite. Inversement, on connaît des cas d'amputés du bras droit, devenus bégues à la suite de l'éducation du bras gauche. GORDON rapporte une observation dans laquelle un bègue devient gau-

cher, et voit son bégaiement disparaître en cinq mois, dès le moment que les deux mains eurent acquis une adresse égale. Enfin on a rapproché gauchers et strabiques : on trouve très souvent bègues et gauchers dans des familles de strabiques ; rappelons que 3 de nos malades sur 35 avaient un strabisme interne (2 gauches et 1 bilatéral) mais n'étaient pas gauchers.

Un second point sur lequel on a beaucoup, et même trop insisté à notre avis, est le suivant : les bègues ont une disposition très médiocre pour la *musique* et surtout pour le *rythme*. Nous ne contestons pas, tout au contraire, qu'il en soit ainsi dans un certain nombre de cas, et qu'il en découle logiquement une indication thérapeutique impérieuse, mais on ne peut généraliser, ce qui reviendrait à faire de l'amusie et de l'arythmie un substratum du bégaiement. Nous connaissons personnellement 2 bègues guéris qui ont un très grand sens du rythme et de la musique : l'un ayant composé, l'autre ayant écrit des poèmes dont la valeur principale résidait en leur rythme musical. Nos observations d'enfants nous ont montré pour 8 d'entre elles : 6 sujets doués d'une voix juste, et 4 doués d'un bon sens du rythme musical, tandis que 2 seulement semblaient réfractaires à la musique.

L'examen d'un enfant bègue ne saurait s'arrêter là. On pouvait s'attendre à ce que le bégaiement n'atteignît point seulement la fonction de la parole, mais encore les autres traductions, volontaires ou automatiques, de la pensée, et, au premier rang, la parole écrite.

L'*écriture* des bègues a fait l'objet de travaux importants, desquels il appert que celle-ci présente des anomalies. Dans l'ensemble elle est peu précise et manque de propreté. Le bègue, lorsqu'il écrit, hésite, se reprend, s'arrête spasmodiquement, repart brusquement. On constate un allongement des éléments, des espaces libres, des omissions partielles ou complètes de mots, des répétitions. Dans quelques cas,

Dimanche j'étais à Lourdes. Le matin nous
nous sommes levés à 6 h. 30. Puis nous avons été à
l'hôpital des malades pour entendre la messe. Puis
nous sommes revenus à l'hôtel pour prendre le pre-
mier déjeuner du matin. Puis nous nous sommes
allés à la messe et à la messe de 11 heures.
à 12 h. 15 j'ai pris le tramway.
et j'ai vu aller jusqu'à
la rue de l'Imprimerie. Je suis allée
à la messe à 11 heures, puis j'ai vu
aller à la rue d'Alphonse de Lamoignon.

Jean Ba. (Obs. IX).

Lignes ondulées. Ebauche de croise-
 ment en X (=).
 Lettres anguleuses.
 Signes surajoutés (corrigés et non cor-
 rigés) (+).

Appui très inégal de la plume.
 Espaces libres entre les syllabes.

Alexandrine Sa. (Obs. XXIII).

Lignes ondulées.
 Croisement en X (=).
 Signes surajoutés (+).
 Appui continu de la plume avec réunion
 des points aux lettres (x).

Appui inégal.
 Pas d'espace libre.

ces fautes (arrêts, répétitions) portent sur les mêmes phonèmes que le bégaiement de la parole. En outre, la pression de la plume est irrégulière, parfois diminuée, plus souvent exagérée. La fin des mots et des phrases est compliquée, parfois réunie plus ou moins complètement au début du mot suivant. Ces anomalies écrites s'amélioreraient parallèlement au bégaiement verbal et suivraient même un cycle évolutif, calqué sur celui que FRÖSCHELS décrit pour le bégaiement parlé ; il aboutirait de même, tardivement, à un stade de camouflage. Cet auteur, ayant observé chez un bègue ancien, une crampe de l'écriture, d'abord tonique, puis clonique, se demande si la crampe des écrivains est tellement différente du bégaiement de l'écriture.

Il est difficile de conclure en partant d'écritures enfantines normalement malhabiles, et qui manquent si souvent d'ordre et de propreté. Nous avons pu constater, en observant les bègues pendant qu'ils écrivent, des arrêts, des hésitations, suivies parfois de corrections. L'appui de la plume est très irrégulier comme chez tous les sujets nerveux, et surtout par excès. Nous n'avons guère constaté de complications particulières à la fin des mots. Les espaces libres entre 2 syllabes sont fréquents, et lorsqu'ils manquent, l'union est assez souvent marquée par un X plus ou moins net. Les lettres, même celles qui sont normalement arrondies, présentent des irrégularités et des angles. Dans plusieurs cas, les lignes comportent une ondulation très nette, presque sinusoïdale. Des arrêts, avons-nous dit, sont très fréquents, peut-être pas plus que chez n'importe quel enfant, qui se bat avec l'orthographe et la syntaxe. Dans l'écriture dictée, ils sont moins fréquents et leur caractère spasmodique ne nous a pas paru très marqué. Les répétitions sont rares : dans l'unique cas où nous les avons vues, elles ne portaient pas toujours sur un même phonème (obs. 22). Il faut néan-

moins tenir compte ici de l'âge des malades dont nous avons étudié l'écriture, et qui oscillait entre 10 et 16 ans, de leur degré d'instruction et de leur rang social, du facteur émotif, et, enfin, de l'élément pensée, comme nous l'avons signalé à propos des erreurs et de leur correction.

D'autres cas de bégaiements extra-vocaux ont été rapportés : bégaiement des *pianistes*, avec soit arrêts, soit répétitions plus ou moins nombreuses d'un accord écrit une seule fois dans la partition ; bégaiement des *violonistes* avec répétition d'une note (un cas de FRÖSCHELS) ; bégaiement du *trompette* (un cas de HORRIX).

PIPPER a observé un cas de *bégaiement de la marche*, mais il s'agissait d'un simple passage du pied droit derrière le pied gauche au bout de 5 ou 6 pas, et la débilité mentale du sujet rend cette observation moins probante encore.

Nous avons cru remarquer que la marche, chez l'enfant bègue, était moins régulière, plus saccadée peut-être que normalement, avec des ralentissements et des accélérations, qui ne présentent pas d'analogie avec l'écriture et la parole de ces sujets. Ce sont là des faits qui demandent confirmation, et il serait sans nul doute intéressant de mener une enquête objective rigoureuse, et de la conduire parallèlement chez les gauchers.

* * *

Il convient, au total, de retenir de cet examen général des enfants bègues : l'absence de signe somatique significatif, la présence au contraire d'un constant déséquilibre vago-sympathique, d'une fréquente prédominance de la main gauche, de troubles de l'écriture, et l'absence de rythme musical dans un petit nombre de cas.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Il semble à première vue puéril de discuter un diagnostic aussi évident que celui de bégaiement. Evident, il l'est dans la majorité des cas ; toutefois les bégaiements frustes ou associés à d'autres troubles de la parole créent, dans la pratique, quelques difficultés.

Nous ne reviendrons pas à nouveau sur les erreurs de terminologie, et n'en voulons pas avancer comme preuve les classifications anciennes qui rangeaient, avec le bégaiement, sous ce même titre, les blésités les plus diverses ; peut-être ces auteurs n'employaient-ils pas ce terme avec la rigueur que nous mettons depuis à nous en servir.

De même, nous ne ferons qu'indiquer que la confusion est impossible avec toute une série de troubles de la parole, qui ne sont que l'altération du son de certaines lettres, ou bien leur remplacement par un autre son ; dans tous les cas, le défaut est immuable, toujours le même, constant pour un même ou pour les mêmes phonèmes ; il se produit infailliblement à leur occasion et uniquement pour le phonème déterminé et non pour d'autres. Tels sont : le grasseyement, le jotacisme, la lallation, le zézalement, etc...

De même, *l'achoppement syllabique*, lorsqu'il consiste en une élision de syllabe chez un déficient intellectuel, avec troubles analogues du langage

écrit, ne saurait être confondu avec le bégaiement. Mais il peut, à première vue, simuler le bégaiement, lorsqu'il survient épisodiquement chez un sujet normal (syllabes interverties ou surajoutées), à l'occasion de la fatigue ou du surmenage intellectuel.

Il est, par contre, deux vices de la parole, le balbutiement et le bredouillement, qui se différencient moins bien, sinon du bégaiement, tout au moins de ses formes frustes ; et cela, d'autant plus malaisément que l'association est possible.

Le *balbutiement* consiste en une prononciation peu distincte, caractérisée par des hésitations, des interruptions, et des répétitions au cours de la phrase. Ce fait, qu'il est provoqué, ou exagéré par l'émotion et l'intimidation, ne fait qu'augmenter la similitude. Mais il est constant, n'a pas les intermittences si caractéristiques du bégaiement ; le débit est ralenti au lieu d'être précipité ; la voix reste habituellement basse, et, surtout, on n'observe jamais ces saccades convulsives qui marquent d'un cachet si spécial le parler du bègue.

Le balbutiement est physiologique chez le jeune enfant qui s'essaie à parler, et, pour peu que l'enfant ait commencé tardivement à faire ses premières phrases, pour peu qu'il reste malhabile plus longtemps qu'il est habituel de l'être, le début précoce d'un bégaiement authentique risque fort de passer inaperçu. Dans ces conditions, seule la persistance du défaut d'élocution amènera les parents à s'inquiéter de cette anomalie. Ils ne pourront que dire : « Mon enfant a toujours bégayé », et les cas sont assez nombreux où l'interrogatoire le plus précis ne peut remonter plus avant.

Le *bredouillement*, lui, s'éloigne davantage du bégaiement. Le bredouilleur articule les mots avec une confusion telle, qu'ils sont coupés et prononcés à demi. De plus, la rapidité du débit est si grande

que l'intervalle n'existe plus entre eux, qui permet seul une audition nette. Ce n'est pas qu'ici la confusion soit possible, mais un bégaiement, léger et passager, accompagné d'un bredouillement intense, peut être entièrement masqué, et demeurer ainsi méconnu jusqu'au jour où l'amélioration du défaut prédominant permet à l'autre de se manifester. C'est ainsi que l'apparition du bégaiement pourra être imputé, à tort dans ce cas, à la rééducation entreprise dans le but de guérir le malade du bredouillement.

Balbutiement et bredouillement soulèvent donc, d'une façon indirecte, des problèmes étiologiques sur lesquels nous aurons à revenir.

Le *bégaiement épiphénomène des affections neurologiques* doit être complètement écarté du sujet qui nous occupe. Nous ne nions pas l'intérêt pathogénique de ces faits ; force nous est cependant de constater, qu'il ne s'agit là que d'un symptôme isolé, séparé du contexte clinique dont l'ensemble individualise le balbisme. Qu'un symptôme analogue se retrouve dans des affections comportant un riche complexus pathologique, permettant au neurologue de les classer exactement, et même d'en localiser la ou les lésions d'origine, est une chose certaine ; que le rapprochement ait été tenté, en vue d'éclairer les causes profondes de la dysphasie, rien n'est plus légitime ; mais, faire de ces affections neurologiques une cause du bégaiement vrai est en contradiction avec les faits.

Le bégaiement dit *hystérique* a été en grand honneur dans le dernier quart du siècle passé ; l'article de GUILLAIN, dans la *Revue de Médecine*, semble en avoir été, en 1901, l'écho posthume. Quelques-uns des caractères, qu'en avaient donnés BALLET et TISSIER dans leur étude d'ensemble, suffisent à trancher le diagnostic : C'est dans quelques cas seulement

que ce « bégaiement » diminue dans le chant ; il est toujours associé à des troubles de la motilité de la langue ; enfin, chez ces malades, la parole est lente et traînante. Dès 1891, CHERVIN s'était élevé avec vigueur contre l'emploi, dans ces cas, du terme bégaiement, à cause de la confusion que cette appellation était capable de créer ; la protestation apparaît d'autant plus légitime, que la critique qu'en écrivit BALLET, quelques jours plus tard, semble acerbe ; il reste d'ailleurs à côté de la question et finalement accepte, quant au fond, l'argumentation de son adversaire. Si l'on reprend quelques autres caractères, dévolus facultativement à ce bégaiement dit hystérique : apparition après une chute, une perte de connaissance brusque, après un mutisme dont il est l'intermédiaire vers la guérison, on voit que ces particularités l'apparentent de très près au « bégaiement traumatique », dont la guerre de 1914-1918 a fourni maint exemple. De même, la lecture des observations de bégaiement hystérique, où il est question de quadriplégie, de troubles de l'écriture, de suppression de mots, montre bien qu'il s'agit là de cas tout différents.

Restent enfin à discuter : *le bégaiement simulé, le bégaiement camouflé*. Ils s'observent très rarement chez l'enfant.

Dans le premier cas, on a proposé un grand nombre de moyens d'investigation pour dépister la fraude, moyens allant jusqu'à la cure de jeûne et à la chloroformisation. GUTZMANN s'appuie surtout sur les anomalies respiratoires. FRÖSCHELS insiste sur la valeur positive (mais non négative) du battement des ailes du nez. Avec LIEBMANN, nous pensons que, chez l'enfant, l'examen clinique doit permettre de trancher la question, aidé au besoin par l'enregistrement.

Le bégaiement caché est plus fréquent. Il ne se

présente pas, comme parfois chez l'adulte, sous le masque d'une névropathie sans cause apparente. Mais un bégaiement fruste peut rester ignoré, masqué par un bredouillement ou un défaut d'articulation ; c'est pour ce vice concomitant que l'enfant est amené, et c'est lui seul qui retient l'attention, dans un premier examen. On sait aussi qu'il existe des bégaiements totalement ignorés, l'enfant semblant réfléchir avant de parler, et préparant à l'avance des phrases courtes qu'il émet ensuite correctement.

CHAPITRE V

ÉTIOLOGIE

Les nombreuses causes, invoquées à l'origine du bégaiement, sont d'intérêt très inégal : quelques-unes doivent être impitoyablement éliminées ; les autres méritent d'être bien classées, et de se voir attribuer, chacune en particulier, la valeur qu'elle mérite.

1^o Il n'est plus question d'imputer le bégaiement à des *lésions des organes phonateurs* : bec-de-lièvre simple ou compliqué, division vélo-palatine, voile court, luvette trop longue, malformations dentaires ou labiales, atrophie ou héli-atrophie linguale, brièveté du frein ; elles ne peuvent engendrer que des défauts de prononciation tout différents. Ces diverses anomalies peuvent exister chez des bègues, mais, outre qu'elles sont rares, leur guérison chirurgicale ne peut s'enorgueillir de la guérison consécutive du bégaiement, témoins les interventions dont fut particulièrement fertile l'année 1841, témoins encore les interventions faites journellement, dans le seul but de remédier à l'anomalie matérielle.

La présence d'amygdales hypertrophiées, de végétations adénoïdes, ne peut être à l'origine du bégaiement ; de même leur ablation ne peut l'améliorer, si ce n'est, peut-être, par un mécanisme purement psychique, lorsque, par exemple, l'enfant est persuadé du rapport de cause à effet, et réclame avec

insistance l'intervention (obs. 15). S'il n'en était pas ainsi, on serait en droit de se demander pourquoi le bégaiement est exceptionnel chez les sujets porteurs de ces malformations congénitales, pourquoi aussi le bégaiement est une rareté, en comparaison de la très grande fréquence des végétations adénoïdes et des hypertrophies amygdaliennes, chez l'enfant. Ces affections ne peuvent donc être conservées parmi les causes, même prédisposantes, du bégaiement.

Le traumatisme et l'hystérie ne peuvent davantage être conservés ici.

Le traumatisme est à l'origine d'un bégaiement différent.

En admettant l'hystérie au rang de maladie autonome, on est forcé de constater, comme le fait très justement CHERVIN fils, que ces malades ont bégayé à un âge avancé, et d'en conclure qu'il s'agit alors, non pas d'un bégaiement hystérique, mais d'un bégaiement chez un hystérique, et probablement secondaire.

2^o CAUSES PRÉDISPOSANTES.

L'âge est le facteur le moins contestable. CHERVIN aîné dit que le bégaiement apparaît d'ordinaire entre 3 et 6 ans et jamais après 15 ans ; on trouve dans le livre de COLOMBAT des chiffres analogues ; FRÖSCHELS donne deux maxima : l'un correspondant à la seconde enfance (4 à 6 ans) ; l'autre à la puberté (13 à 15 ans). 11 à 12 ans serait l'âge optimum pour d'autres. Nous pensons qu'il ne s'agit-là que d'une trompeuse apparence : soit qu'on ait noté l'âge des enfants à la date de la consultation, soit qu'on ait fait une statistique. Dans ce dernier cas, il n'est pas douteux qu'on rencontre plus de bégues vers 15 ans, puisqu'on additionne ainsi les chiffres représentant les bégues qui commencent à bégayer

à cet âge et ceux qui représentent les sujets bégayant déjà depuis 1 an, 2 ans, etc... Cette question de l'âge soulève celle du rôle de la fréquentation scolaire. Disons seulement ici, qu'elle crée peut-être une certaine prédisposition, par plusieurs mécanismes que nous analyserons ultérieurement. Les observations que nous rapportons sont en contradiction avec ces derniers auteurs ; il en ressort, en effet, que le bégaiement se manifeste entre 2 et 7 ans, le plus souvent vers 3 ans 1/2 ou 4 ans.

Dès les premières recherches étiologiques, on avait remarqué la très forte prédominance des apports du *sexe* masculin, au contingent des bègues. Récemment, une réaction s'est produite : MEIGE, parlant de ces statistiques, laisse à leurs auteurs toute leur responsabilité ; FRÖSCHELS, donnant des chiffres personnels, accuse une proportion n'allant que du simple au double. Mais cette raison que : « La guérison intéresse moins les femmes qui ne sont point mêlées à la vie publique », semble bien insuffisante et pourrait aisément être contrebalancée par des raisons tout aussi valables, sinon plus puissantes. Nous-même, avons observé 32 garçons pour 3 filles, soit une proportion de 10 contre 1 en faveur des garçons. L'explication du problème n'a pas été donnée, depuis celle qui consistait à dire que les femmes avaient la langue plus agile, plus « déliée » que les hommes, et que la coquetterie les faisait se corriger de leur défaut ou l'éviter.

La *race* a certainement une très grande influence : COLOMBAT remarquait déjà le grand nombre de bègues qu'il y a dans certains pays alors qu'en d'autres pays, au contraire, on n'en trouve qu'un petit nombre. Parmi les premiers, COEN range : l'Allemagne, l'Angleterre, l'Autriche-Hongrie, la France, la Hollande, la Russie, la Suède et la Suisse. Il y aurait peu de bègues en Belgique, en Espagne, en Italie, au Portugal, en Roumanie.

Ces groupements ont une autre signification, à savoir que l'*idiome* a peut-être, à côté de la race, et renforçant son influence, un rôle à jouer. Les races chinoises ou para-chinoises ont, de tout temps, été considérées comme indemnes de cette infirmité, et l'on peut supposer que l'avantage en revient à la mélodie très particulière à ces idiomes. FRÖSCHELS rapporte que ce fait a été controuvé, dans des cas exceptionnels il est vrai ; il importerait de savoir, avant de trancher la question : Si ces malades bégayaient en parlant leur langue maternelle (cf. le cas de COLOMBAT, rapporté plus haut) ; et, si ces Chinois bégayants n'avaient pas quelques difficultés particulières de prononciation ou de vocalisation, les empêchant ainsi de jouir de l'avantage que leur conférait leur propre idiome.

Enfin, il ne serait pas — selon DANTZIG — jusqu'aux peuples primitifs qui ne connaîtraient le bégaiement.

En *France*, on bégaié moins (CHERVIN) dans les pays de langue d'oïl que dans les pays de langue d'oc. Cette constatation semble concorder assez bien avec la remarque précédente, encore qu'on ne puisse nier qu'il existe, entre les indigènes de ces Provinces, des différences de types assez grandes.

L'*hérédité* est, par un mécanisme analogue à celui de la race, et plus direct encore, un facteur prédisposant de premier ordre, sinon indispensable, comme nous aurons à en discuter.

Tous les auteurs ont insisté sur son rôle, mais il s'en faut de beaucoup qu'ils soient d'accord sur son importance relative. J. HUNT admet que l'hérédité est une cause fréquente, mais ne valant que par la prédisposition qu'elle confère, et non pas par l'intermédiaire d'une tare organique. COLOMBAT pense que le bégaiement est le plus souvent transmis par les femmes, et à un plus grand nombre d'enfants : nos observa-

tions nous conduisent au même résultat ; il en irait ainsi du bégaiement comme de l'hémophilie. On avait remarqué en outre que les frères bègues étaient assez souvent des jumeaux, MEIGE va plus loin et ne regarde l'hérédité que comme un facteur inconstant. Cette diversité d'opinions se reflète dans les pourcentages de cas relevant de l'hérédité : 10 à 50 %, selon les auteurs. ROUMA, sur 100 cas, a trouvé 24 fois des ascendants bègues et 24 fois des collatéraux.

Cette question de l'hérédité du bégaiement est assez simple, si l'on prend l'expression au pied de la lettre, au sens strict et étroit du mot. Mais, en réalité, il faut envisager l'hérédité sous un jour beaucoup plus large.

a) Considérons tout d'abord le cas le plus simple, celui de l'*hérédité homologue*.

C'est le cas le plus rare, où l'on trouve un ou plusieurs bègues dans l'ascendance directe : parfois c'est le père ; parfois, le grand-père ou l'arrière-grand-père, habituellement du côté maternel.

Le bégaiement, d'ailleurs, apparaît différemment chez l'enfant : rarement il a eu un parler normal et à un âge normal, le bégaiement n'étant apparu que vers 4 ou 5 ans ; souvent, on apprend que l'enfant a parlé tard, qu'il a mal parlé et s'est mis à bégayer progressivement, par la suite ; enfin, cas plus rare, mais beaucoup plus démonstratif, l'enfant a bégayé ses premiers mots, ses premières phrases ; il a toujours bégayé. Les anciens auteurs français insistaient déjà sur ce point. Il semble donc bien que, dans une première catégorie de faits, on puisse considérer l'hérédité comme facteur déterminant du bégaiement, sans vouloir ici trancher la question de l'organicité ou de la non-organicité de cette cause héréditaire. Dans ces cas qui nous semblent indiscutables, l'enfant n'a jamais entendu bégayer son ascendant, soit que ce dernier ne bégaye plus, soit qu'il ait

été éloigné jusqu'à ce jour, ou qu'il soit mort avant la naissance de l'enfant.

Mais il est bien plus habituel de voir l'enfant en contact fréquent, et même journalier, avec son modèle en bégaiement. C'est qu'en effet, on a discuté ici du rôle de l'*Imitation*, et tous les auteurs modernes ont cru devoir y insister, et recommander de se garder de cette cause d'erreur. Quoique ne pouvant concéder à l'imitation un trop grand rôle, nous avouons que l'influence d'un ascendant sur un enfant est, psychologiquement, incontestable. Cette vérité nous amène à faire entrer dans la discussion un 3^e facteur : la *Suggestion*. La suggestibilité de l'enfant est bien connue, et d'autant plus grande qu'elle est mise en action par une personne ayant autorité sur lui : l'enfant n'a pas entendu bégayer, mais il sait que son grand-père, son père ont bégayé. L'entourage est persuadé qu'il « doit forcément bégayer » ; il a maintes fois entendu formulé cette phrase, il peut ainsi se persuader qu'il y a là, une obligation inéluctable (obs. 22).

A côté de cette hérédité directe, il est fréquent de trouver une hérédité collatérale : quelquefois collatéraux d'ascendants : grand' tante, ou plus souvent oncle maternel ; quelquefois collatéraux directs : frères et sœurs, cousins germains. Ici encore s'ouvre la triple discussion, et, en particulier, celle de savoir si une même prédisposition familiale n'a pas été l'origine ou le substratum de ces divers bégaiements, à un même étage, ou à des étages différents de la famille.

b) Si le bégaiement est relativement peu fréquent dans les antécédents familiaux, il est très commun de trouver aux bégues une *hérédité chargée*, à la fois directe et collatérale.

Des troubles divers de la parole sont fréquemment retrouvés : le père n'a parlé qu'à 4 ou 5 ans, la mère à zézayé ; ou bien c'est un oncle qui est atteint de bafouillement, une sœur qui a eu un long retard de

la parole ou plusieurs blésités associées. Dans beaucoup de cas, l'un des géniteurs, ou les deux, parlent vite, très vite même ; quelquefois l'articulation est peu distincte. Cette constatation appelle une remarque que nous formulerons en étudiant les causes déclenchantes.

Enfin, se plaçant d'un point de vue plus général, il est habituel que l'enquête mette en lumière une *hérédité nerveuse* particulièrement chargée. Il est possible que l'un des ascendants, directs ou collatéraux, soit syphilitique avéré, qu'il ait eu une chorée, ait été interné ou ait présenté une ou plusieurs crises épileptiformes ; il est fréquent de rencontrer un ou plusieurs individus qui ont été gauchers dans leur enfance. Ainsi, tout comme chez l'enfant bègue, rarement on trouve chez ses parents un signe neurologique ou une tare organique, mais souvent des défauts de la parole, une tendance, plus ou moins forte, à être gaucher ; mais, ce que l'on observe communément, c'est une irritabilité, une excitabilité parfois très grande du père et plus encore de la mère. Parfois même, l'un ou l'autre peut être rangé dans le cadre d'une hypervagotonie ou d'une hypersympathicotonie presque pure. Les parents des bègues sont, dans un très grand nombre de cas, des nerveux et des émotifs.

Il est manifeste qu'un tel état des parents agira, non seulement sur le plan de l'hérédité, mais encore, et plus peut-être, sur le terrain de l'influence directe. On ne soulignera jamais assez fortement le rôle considérable de l'entourage dans la préparation du bégaiement ; c'est l'entourage encore qui doit être incriminé, comme un des facteurs primordiaux de la longévité de la maladie. Le rôle de l'école est du même ordre que celui du milieu familial. On comprend facilement l'influence que peut avoir, sur le système nerveux infantile — surtout chez un sujet timide, maladroit, peureux ou renfermé — les moqueries,

les réprimandes et les punitions tombant mal à propos, venant de parents ou de maîtres, trop souvent incompréhensifs. Néanmoins la part de l'école a été nettement exagérée, et l'on n'a pas suffisamment analysé les facteurs composants de son rôle funeste : conflit avoué ou inavoué entre maître et élève, moqueries des camarades, difficultés d'élocution (soit par timidité, soit par défaut d'articulation) ; myopie ou déficience de l'ouïe, simple changement de vie, de milieu, changement d'école (obs. 13 et 29), suppression brusque de la présence maternelle. Voici quelques-uns des éléments capables de créer une situation affective très complexe, le rôle de chacun d'eux restant à déterminer par une investigation minutieuse.

Hérédité et entourage vont ainsi déterminer en partie et modifier plus ou moins profondément le tempérament du sujet.

Ajoutons que, dans les *antécédents personnels* des enfants bègues, on trouve les maladies habituelles à ces âges : rougeole, varicelle et coqueluche, scarlatine, oreillons, diphtérie, angines banales et bronchites ; par contre, les convulsions du premier âge (quelle que soit leur cause) sont rares. Enfin, on apprend, pour ainsi dire toujours, que la naissance avait eu lieu dans d'excellentes conditions, après une grossesse menée, sans incidents, jusqu'à terme. L'enfant pesait un poids moyen et l'on n'avait pas eu à le ranimer. Il n'est pas inutile d'ajouter, d'après la plupart des auteurs, que l'intelligence des bègues est souvent vive, et qu'ainsi la déficience intellectuelle, à l'inverse de ce que croyait DELEAU, ne peut être rangée parmi les causes prédisposantes.

Nous sommes, au total, bien loin de la liste impressionnante que CHERVIN aîné insérait dans sa brochure parue en 1867. On y lit à la page 16 : « Les causes prédisposantes sont désignées, par les méde-

cins, sous les noms d'hystérie, chorée ou danse de Saint-Guy, épilepsie, goutte, maladies hémorroïdaires, scrofule, crétinisme, éclampsie, convulsions, etc... ».

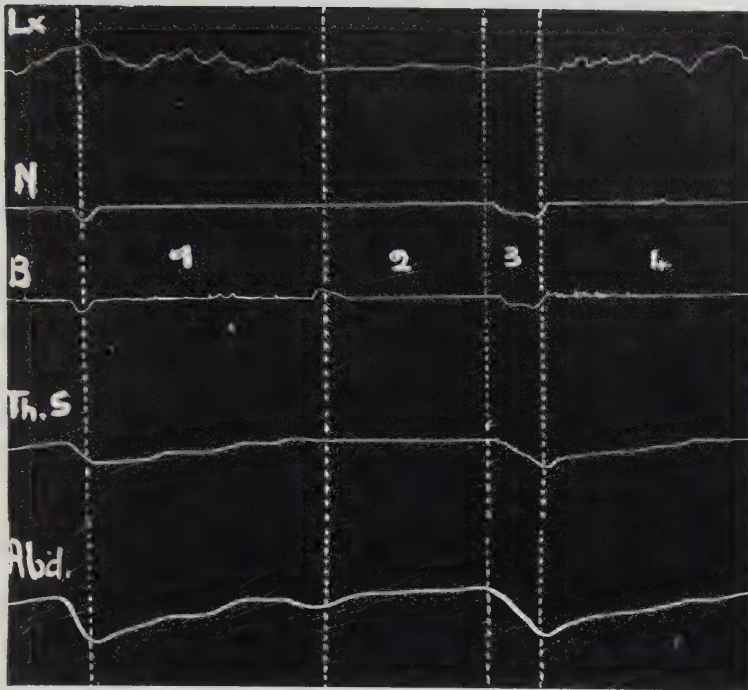
3^o CAUSES DÉCLENCHANTES. — Les causes qui paraissent déclencher le bégaiement sont aussi nombreuses que variées. Malheureusement le rapport de cause à effet n'a pas toujours été critiqué avec toute la sévérité désirable.

C'est ainsi que l'*Imitation* a eu son heure de vogue et trouve encore aujourd'hui quelques adeptes ; GUTZMANN ne l'admet plus que dans 10 % des cas ; Henry MEIGE la place parmi les légendes qui ont vécu. Personnellement nous voudrions distinguer deux cas. Lorsque l'enfant est en contact, fréquent ou permanent, avec un adulte bègue, il est possible qu'il se mette à bégayer. A l'opposé, un enfant bègue semble à peu près incapable de faire autour de lui des prosélytes ; le bégaiement d'un frère par exemple, bien qu'il soit entendu à longueur de journées, bien qu'il soit fréquemment imité par taquinerie, est dénué de contagiosité, ainsi qu'en font foi nos douze observations qui s'y rapportent.

Peut-être la raison profonde du rôle de l'imitation est-elle la grande influence qu'a l'adulte sur l'enfant (1), l'influence d'un enfant sur un autre enfant étant beaucoup moindre. FRÖSCHELS, qui admet cette influence dans quelques cas, assigne, au bégaiement qu'elle provoque, une symptomatologie un peu spéciale : prodromes, début comme un retard de la parole, absence de fortes contractions.

Depuis toujours, les travaux relatifs au bégaiement ont mis en vedette l'importance des *émotions* dans la genèse de ce mal (14 % à 20 %). Les parents, dit-on,

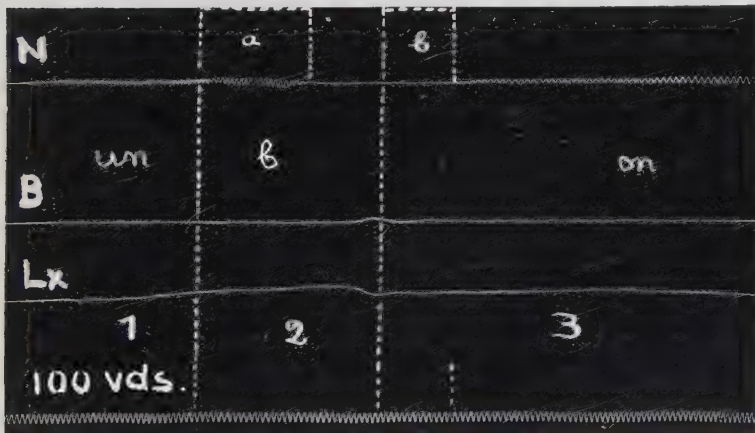
(1) Cf. Jean PIAGET, *Le Jugement moral chez l'enfant*, bibliot. de Psychol. de l'enfant, Alcan, Paris.



Borel-Maisonny.

FIG. 5. — Jacques Ni. (Obs. XVI).

Expirations vocales (segment 1 et 4) séparées par une pause (segment 2) suivie d'une inspiration naso-buccale (segment 3). — Noter pendant le silence (2) la persistance de légers mouvements du larynx (Lx) et la continuation de l'expiration abdominale.



Borel-Maisonny.

FIG. 6. — Paul Ve. (Obs. II).

Irrégularités du fonctionnement vélaire : pendant la tenue du *b* (segment 2), l'air s'échappe par voie nasale durant la plus grande partie de la tenue de cette consonne (phase *a*) ; puis le voile finit par s'élever et obturer le nasopharynx. Celui-ci demeure fermé pendant le début de la voyelle *on* (segment 3) : cette voyelle ne devient nasale qu'avec un retard de 15/100^e de seconde (phase *b*).

ont une tendance quasi-constante à dire que le bégaiement est survenu « à la suite d'une peur ». Pour notre compte personnel, nous avons été frappés du petit nombre d'affirmations faites dans ce sens, et, dans plusieurs de ces cas, les parents mitigeaient d'un doute, sans la moindre suggestion de notre part, leur affirmation ; bien plus, nous avons souvent essayé de la suggestion en sens inverse, sans résultat.

Il existe cependant des observations concluantes (obs. 35) : l'enfant a eu une frayeur intense, il n'a pu parler pendant un temps variant de quelques minutes à plusieurs jours, et les premières phrases qu'il a prononcées étaient bégayées, comme elles le sont toutes depuis lors.

Mais d'ordinaire, les éléments du problème s'enchaînent tout différemment : après la peur, l'enfant a continué à bien parler, puis progressivement, la parole est devenue moins aisée et le bégaiement s'est installé, assez net alors pour être indubitablement reconnu par l'entourage. A ce moment, on se rappelle que, 2 ou 3 semaines avant le début apparent des troubles, l'enfant avait eu une peur. La relation apparaît ici beaucoup moins certaine. Néanmoins, on ne peut nier *a priori* l'influence que peut avoir un traumatisme moral sur un enfant. Mais, si l'on s'engage dans cette voie, on est tout aussitôt obligé de franchir les limites étroites, dont se ceignait la question jusqu'à ces dernières années. La peur d'une chose matérielle (animal, feu, blessure) n'est qu'une des modalités, la plus manifeste et, partant, la plus anciennement connue, du traumatisme moral. Pourquoi cette modalité, vive sans doute, mais non point la plus durable ni la plus profonde, serait-elle la seule capable de faire éclore le bégaiement ? Tous les heurts affectifs, tous les traumatismes moraux (qui restent pour la plupart ignorés), de l'enfance et de la prime enfance, ne pourraient-ils pas agir, à la condition que le terrain soit favorable, avec une force, égale ou plus

grande ? Pour s'en convaincre, il n'est pas besoin de recourir aux données de la psychanalyse, ni de détailler ici les complexes affectifs et leur rententissements psycho-somatiques lointains ; l'influence parentale a été soulignée depuis longtemps. CHERVIN aîné incriminait déjà l'éducation, montrant le futur bègue « naturellement peureux, menacé par son entourage et effrayé ». COLOMBAT émettait une supposition un peu différente : « L'enfant est habitué à être compris lorsqu'il parle mal. Les parents, loin de corriger les déformations enfantines des mots, les imitent ou les suggèrent, et l'enfant s'habitue ainsi à entendre les mots répétés ou déformés ». D'autre part, nous avons remarqué que la presque unanimité des parents de bègues avaient un débit extrêmement rapide, et qu'ils étaient parfois difficilement compréhensibles. Il est certain que l'enfant, s'il essaie de parler aussi vite qu'il l'entend faire à ses parents, est obligé de mal articuler, ses organes phonateurs n'ayant pas encore acquis l'automatisme nécessaire.

Cette acquisition de l'automatisme articulaire, comme aussi celle de l'automatisme psychique, se heurte à de plus grandes difficultés, lorsque l'enfant jeune apprend, en même temps, à parler 2 langues différentes ; et ce double facteur est loin d'être ici négligeable. Cinq de nos observations sur 35 se rapportent à des bilingues, et, dans plusieurs de ces cas, nous avons noté une coïncidence très nette, entre l'apparition du bégaiement et l'époque où l'enfant avait commencé à parler la deuxième langue.

Les *maladies infectieuses* seraient, selon GUNS, à l'origine de 10 cas de bégaiement sur 100. Outre les maladies communes à l'enfance, on cite la grippe, la malaria, le typhus, l'encéphalite épidémique. Le fait doit être bien rare, si l'on compare, chez l'enfant, l'extrême fréquence de la coqueluche, de la rougeole, de la diphtérie, et le pourcentage assez res-

treint des bègues. Cependant il ne semble pas niable, lorsque le trouble de la parole survient à la convalescence de ces maladies, quelques jours seulement après leur terminaison clinique (obs. 24). Par contre, il ne nous a pas été donné d'observer un seul cas de modification sensible (en plus ou en moins), du trouble élocutoire, à la suite de l'une de ces affections, et ceci, contrairement à la supposition de NADOLECZNY.

Le bégaiement se manifeste parfois à l'époque de la puberté. De là, jusqu'à penser à une origine endocrinienne de ces cas, il n'y avait pas loin. Il y aurait certes des recherches à faire dans ce sens ; et, de fait, FERREIRA à *Lisbonne* et, après lui, son élève V. FONTÈS s'y sont intéressés ; ce dernier a avancé l'hypothèse que le bégaiement était une maladie du sympathique, d'origine thyroïdienne. Malheureusement, le rôle de la thyroïde reste encore obscur, faute de preuves. Les symptômes d'hyper et d'hypothyroïdie sont, en partie, ceux-là mêmes qui caractérisent l'hypervagotonie et l'hypersympathicotonie ; on connaît bien les rapports étroits de ces variations endocriniennes et vago-sympathiques. Le rôle du corps thyroïde apparaît toutefois plus manifeste, si l'on rapproche certains faits : corps thyroïde palpable (obs. 23), métabolisme basal augmenté ou diminué dans 20 % des cas (SZONDI), bégaiement apparu à la suite d'un traitement thyroïdien (M. B. GORDON), bégaiement chez des basedowiens.

Le bégaiement est certainement déclenché par d'autres causes. Il est impossible de ne pas être frappé par la fréquence des *troubles associés de la parole* : les bègues ont souvent parlé tard et, lorsqu'ils ont commencé à parler, ont parlé mal. On sait la tendance qu'à l'entourage à reprendre l'enfant, parfois avec une vigueur coupable, toujours avec une ignorance complète de la question ; et l'on constate, à la

suite, l'apparition progressive, et sans autre cause certaine, d'un bégaiement vrai. La relation de cause à effet, qui se dégage spontanément de ce rapprochement, n'est pas une simple supposition. FRÖSCHELS constate l'importance étiologique de l'association bégaiement-bredouillement. Nous avons pu observer un cas de bégaiement « rééducatif » ; il s'agissait d'un bégaiement léger, caractérisé par une tendance spasmodique du débit, par une légère hésitation, avec mouvements aphones des lèvres. Le traitement du bredouillement avait été, peut-être, mal dosé, ou bien mal adapté au sujet ou au moment, trop rapidement poussé, et il avait suffi à un rééducateur averti de modifier les leçons en conséquence, pour voir s'évanouir ce bégaiement débutant (obs. 34). Il ne semble pas, par contre, qu'ici les blésités aient un rôle à jouer, tout au moins un rôle aussi direct.

Depuis quelques années, l'attention des auteurs a été justement attirée sur la fréquence des bégues gauchers (7 %. STIER). Les gauchers se rencontreraient plus souvent chez les hommes que chez les femmes (deux pour une). On a dit que les gauchers, auxquels on faisait perdre cette tendance spontanée, avaient les plus grandes chances de devenir rapidement des bégues ; personnellement, nous avons vu des enfants bégues qui étaient des gauchers, dont le « défaut » avait été corrigé à la suite d'une éducation plus ou moins longue (obs. 6, 17 et 21). Notre observation 5 relate cependant le cas d'un enfant, dont le bégaiement disparut presque complètement après deux années d'école, en même temps qu'il devenait peu à peu droitier.

Enfin, pour souligner plus encore la variabilité des causes occasionnelles du bégaiement, rappelons le cas de J. HUNT : bégaiement par insolation, guéri spontanément à la suite d'une émotion forte (incendie).

Ainsi, on ne peut assigner à ce mal des causes précises ; beaucoup de cas demeurent indéterminés quant à leur origine (20 % selon certains, et peut-être davantage). Encore ne parle-t-on là que de bégaiements « acquis ». Quant au bégaiement dit congénital, CHERVIN voyait, à son origine, peut-être une frayeur, une émotion du tout jeune âge, une impression violente, une chute ; et il insistait sur les convulsions antérieures à la démutisation physiologique. Ce ne sont là que des suppositions : ces chocs ont vraisemblablement frappé, dès la première enfance, tous les sujets normaux ; les convulsions nous sont apparues d'une remarquable rareté dans les antécédents des enfants « bègues de naissance ».

En résumé, la prédisposition nécessaire semble assez facile à prouver, tandis que la cause occasionnelle, peut-être indispensable aussi, n'apparaît pas toujours avec évidence.

CHAPITRE VI

PATHOGÉNIE

La nature du bégaiement demeure, actuellement encore, inconnue. Les auteurs en ont donné une explication, différente pour chacun d'eux, qui semblait nouvelle; et il n'est pas de chapitre de cette question qui soit aussi compliqué que celui-ci.

1^o Certaines de ces explications n'ont plus qu'un intérêt historique.

Les plus anciennes rapportaient la maladie à une *lésion purement locale* (déviation, défaut de mobilité ou atrophie de la langue; brièveté du frein, profondeur insolite du palais, de telle sorte que la langue ne pouvait s'y mouler).

On avait cru aussi à un *dysfonctionnement d'ordre local* (faiblesse des organes phonateurs, abaissement permanent de la pointe de la langue); on croyait à un obstacle dû à la raideur des muscles phonateurs et respiratoires. De telles pathogénies sont en contradiction manifeste avec les faits, qui nous montrent les bègues habituellement dépourvus d'anomalies ou de dysfonctionnement local.

Mais la croyance populaire est toujours aussi profondément enracinée, qui rapporte le bégaiement à l'hypertrophie des amygdales ou aux végétations adénoïdes: il suffit d'observer les faits, pour se convaincre qu'une intervention dans ce sens, si elle

n'aggrave pas le bégaiement, ne l'améliore certainement pas.

Nous ne pouvons que passer sous silence certaines théories fantaisistes, comme celle du « déraillement des fonctions laryngées », dont il a été question au dernier Congrès américain.

Dans un autre ordre de faits, on peut ranger des explications exactes, qui incriminaient :

Soit un spasme, une crampe, portant, pour les uns, sur la glotte ou les organes phonateurs ou articulateurs, pour d'autres, uniquement sur les muscles respiratoires, ou sur les deux systèmes à la fois.

Soit un vice de la respiration (bégaiement d'origine respiratoire) : absence d'air dans les poumons dans le début de la phrase, sortie simultanée de la voix et d'air expiré en pure perte ; air expiré en trop grande quantité. L'existence de spasmes toniques et cloniques, un fonctionnement respiratoire très anormal sont des faits et non des explications.

Dès lors, apparaissent de multiples théories basées sur l'incoordination. Charles BELL restait encore sur le terrain purement local lorsqu'il parlait d'incoordination entre les organes vocaux. Mais la théorie qui a connu le plus grand succès est celle d'ASTRIÉ, reprise ensuite par de nombreux auteurs, et que COLOMBAT fait sienne : « Il y aurait un manque d'harmonie entre l'influx nerveux qui suit la pensée et les mouvements musculaires au moyen desquels on peut l'exprimer par la parole ». Cette théorie de la dysharmonie entre la pensée et la parole a été soutenue, combattue, modifiée jusqu'à ces dernières années. On a supposé que, la pensée étant trop rapide, la parole ne pouvait suivre, ou bien, qu'à l'inverse, la pensée étant trop lente, la parole continuait de fonctionner, d'où répétition automatique de la dernière syllabe dite. Cette théorie, basée à l'origine

sur des auto-observations, est déjà, de ce seul fait, très discutable. Elle l'est plus encore, si l'on interroge les bégues qui avouent, pour la plupart, savoir parfaitement ce qu'ils veulent dire, mais ne le pouvoir exprimer. Elle répond seulement à ceci que le bégue parle mieux lorsqu'il s'exprime lentement et après avoir élaboré entièrement la phrase qu'il se propose de dire. Ainsi, la rapidité comme la lenteur de la pensée, n'est pas la cause profonde du bégaiement, elle ne fait qu'exagérer, à de certains moments, le trouble élocutoire. Ce phénomène est loin d'être spécial aux bégues : il s'observe couramment chez un individu normal, lorsqu'il veut répondre vite dans une discussion, surtout lorsqu'il n'est pas particulièrement doué ou entraîné à la joute oratoire. Enfin, la rapidité de la pensée n'est pas chose immuable ; ainsi, on ne voit guère comment elle serait seule à l'origine du bégaiement. Comme l'a fort bien fait remarquer Desider WEISS, cette discordance entre la pensée et la parole n'est pas fixe ; elle évolue, conditionnée par de nombreux facteurs psychologiques.

2^o Depuis longtemps aussi, les auteurs avaient remarqué les analogies du bégaiement avec d'autres affections comme la chorée, les tics, les crampes fonctionnelles.

La chorée, comme le bégaiement, débute dans l'enfance, parfois après une maladie infectieuse. Elle se traduit par des mouvements incoordonnés, intermittents, exagérés par l'émotion et l'intention. Ch. BELL (1832), FAUCHON (1874), s'appuyant sur la fréquence des troubles du langage dans la chorée, faisaient du bégaiement une forme de cette dernière maladie.

Mais la continuité des mouvements choréiques, leur persistance contre la volonté, l'existence assez fréquente de signes cérébelleux et pyramidaux,

la guérison habituellement rapide de la chorée par l'arsenic, l'atteinte presque exclusive du sexe féminin, sont autant de différences.

Cependant nous devons signaler que, chez les bègues, la recherche des signes d'incoordination n'est pas entièrement négative : petites secousses nystagmiformes en position extrême (obs. 9, 28 et 29), légère dysmétrie, habituellement unilatérale (obs. 5, 7, 8, 10, 13, 23, 27, 28). Nous ne croyons pas que ces signes doivent avoir une signification neurologique rigoureuse ; mais, ils ne sont que quelques-uns des témoins de l'imprécision neuro-musculaire commune aux bègues, chez lesquels nous n'avons jamais observé d'adiadococinésie, ou d'hypermétrie.

LETULLE, TRÖMNER ont fait du bégaiement un *Tic* de la parole.

Les analogies sont, à la vérité, impressionnantes : apparition sur un terrain névropathique ; intermittence ; disparition dans le sommeil et par le chant ; exagération à la fatigue et à l'émotion ; évolution possible vers une forme obsédante.

Mais les éléments différentiels sont aussi sérieux : le tic débute souvent chez l'adulte ; il consiste en la répétition à l'infini d'un mouvement, toujours le même, et ce mouvement n'est que la reproduction d'un mouvement physiologique coordonné, ayant le plus souvent répondu, à l'origine, à un besoin raisonné.

Toutefois, le tic est fréquent chez les bègues, même chez les enfants, et peut-être est-il plus fréquent chez les bègues que chez les non-bègues. De plus, nous avons pu remarquer une certaine alternance entre les tics et ce vice de la parole ; un tic remplaçait le symptôme disparu, et le défaut d'élocution pouvait réapparaître, si l'on insistait pour que l'enfant se corrigeât de son tic. Dans ces cas, il serait

peut-être assez légitime de considérer le tic et le bégaiement comme deux équivalents, peut-être comme deux manifestations (différentes en soi), d'un même processus pathogénique.

Enfin, la similitude a été remarquée du bégaiement avec la *crampe fonctionnelle* (BONNET, DECROLY) : même systématisation fonctionnelle mais non anatomique ; même variabilité sous l'influence de la distraction et de l'émotion. Tous deux sont indépendants de la volonté.

L'apparition des crampes fonctionnelles à l'âge adulte, le fait qu'elles sont des contractions douloureuses, uniquement toniques, ne suffisent pas à faire rejeter l'analogie.

Nous pourrions, ici encore, supposer qu'il s'agit de deux manifestations d'une même origine : l'argument nous est fourni par FRÖSCHELS, dans son observation déjà citée sur le bégaiement de l'écriture.

A vrai dire, il n'y a, dans ces hypothèses, que des rapprochements entre le symptôme bégaiement et trois autres manifestations cliniques. Le rapprochement, et même la similitude, sont peut-être légitimes, peut-être ne le sont-ils pas : il n'en reste pas moins que le problème de leur cause profonde demeure entier.

3^o Deux tendances pathogéniques s'affrontent actuellement, avec, pour chacune d'elles, de multiples variantes. On considère généralement le bégaiement comme d'origine centrale, mais on dispute de savoir s'il possède ou non un substratum anatomique.

A. — Il n'est plus question, bien entendu, de lésions grossières donnant un riche complexe neuro-

logique. Dans ces cas, il existe des troubles articulaires qui rappellent le bégaiement, mais ce ne sont que des troubles analogues. Dans les cas rares où il semble bien qu'il s'agisse d'un bégaiement, celui-ci est considéré par NADOLECZNY comme surajouté, et non pas dû directement à la lésion en foyer ; peut-être est-ce, comme le pense STOCKER, un trouble psychogène surajouté à l'aphasie.

C'est également en vain qu'on a rapporté le bégaiement à l'atrophie du centre de Broca, à des lésions bulbo-olivaires ou cérébelleuses, à une compression cérébrale, une tumeur hypophysaire, une dégénérescence des cordons postérieurs. Les rares autopsies de bégues n'ont rien montré (FOY) et il est avéré que l'examen neurologique des bégues est à peu près infructueux.

Il convient toutefois de faire une place à part à une hypothèse émise par Henry MEIGE, il y a une vingtaine d'années, et reprise tout récemment par son auteur, avec des arguments nouveaux. Il s'agirait d'une perturbation de l'appareil striaire. On admet, en effet, que cette perturbation est à l'origine des troubles de la parole, qu'on trouve dans les syndromes striés et les syndromes parkinsoniens, troubles qui offrent une grande analogie avec ceux du bégaiement. L'analogie repose encore sur d'autres constatations cliniques : accélération du débit à la fin des phrases, troubles sécrétoires, en particulier scialhorré, facilité de la parole automatique. D'autre part, quelques troubles respiratoires sont ressemblants ; la monotonie de la voix s'observe dans la maladie de Little qui, de son côté, comporte, au moment de l'effort élocutoire, des mouvements choréo-athétosiques, comme on en voit chez les grands bégues. Enfin, le bégaiement apparaît d'ordinaire vers la fin de la première enfance, époque où

se développent, entre les centres et le cortex, de nouvelles voies d'association qui sont destinées précisément aux mouvements coordonnés. Entre le bégaiement et les affections graves, envisagées comme ayant une même pathogénie, il n'y aurait qu'une différence de degré : dans un cas, légère imperfection évolutive, dans les autres, agénésie grave ou destruction profonde. Cette théorie ne manque pas de séduction, mais, de l'aveu même de son auteur, il serait encore téméraire de conclure. C'est qu'il est, en effet, un argument, qui s'oppose radicalement à ce qu'il existe un substratum anatomique au bégaiement : c'est sa variabilité. On s'explique mal comment une imperfection centrale, si minime soit-elle, permettrait de telles intermittences. Cette imperfection s'amenderait et le bégaiement pourrait disparaître, s'il s'agissait d'un arrêt passager dans l'évolution. Mais il faudrait alors admettre une régression évolutive, lorsque le bégaiement reparaît, parfois, après une période très longue de guérison clinique. D'autre part, l'âge de constitution anatomique des diverses fonctions est assez fixe, et ceci est en contradiction avec les nombreux cas de bégaiement du tout jeune âge que nous avons observés, comme avec ceux qui ne se manifestent qu'à la puberté. Enfin, on peut s'étonner que, dans les bégaiements graves, qui devraient correspondre à une agénésie plus sévère, ne s'observent point de manifestations motrices graves, et que celles-ci restent l'apanage de ces seules affections neurologiques qui ont des analogies avec le bégaiement.

Une autre hypothèse mérite également d'être retenue : c'est celle de FONTÈS, qui considère le bégaiement comme le symptôme d'une maladie du sympathique, très probablement d'origine thyroïdienne. Il existe, chez les bègues très certainement, une perturbation du système vago-sympathique.

Les arguments cliniques et pharmacodynamiques sont assez probants. Cependant, de tels troubles sont fréquents chez des sujets non bègues, et peuvent, à l'inverse, être très peu nets chez des bègues sérieusement atteints. Quant à l'origine thyroïdienne de ces perturbations, l'auteur n'en donne la preuve, ni dans la constatation de syndromes dysthyroïdiens francs, ni dans une étude du métabolisme de base ; il ne s'appuie pas non plus sur les bons effets d'un traitement endocrinien. Des recherches ont été faites dans ce sens, mais leurs résultats ne sont guère faits pour encourager à poursuivre dans cette voie.

Enfin, l'existence fréquente de gauchers parmi les bègues a, dans ces dernières années, suscité de nombreux travaux.

Il se produit chez l'enfant jeune, du fait qu'il est droitier, une prédominance du centre hémisphérique gauche de la parole, avec, comme corollaire, une régression du centre droit. Chez le gaucher au contraire, les deux centres primitifs du langage conservent la même valeur. Les deux influx nerveux, égaux, au lieu de se superposer, agiraient par interférence, et donneraient ainsi naissance à une parole désordonnée.

On cite, à l'appui de cette hypothèse, le cas des amputés du bras droit, qui sont devenus bègues à la suite de la rééducation du bras gauche. D'autre part, nous avons pu, nous-mêmes, constater (obs. citées) des bégaiements chez d'anciens gauchers : peut-être alors, la prédominance normale d'un centre (ici, le droit) était-elle remplacée, par une égalité fonctionnelle des deux centres, avec, comme conséquence, une interférence des deux influx nerveux.

Tout ceci n'est qu'hypothèse, car une autre supposition est vraisemblable : celle qui n'admet pas la spécialisation originelle des centres du langage. D'autre part, si le centre est devenu fixe chez l'adulte

(quelle que soit l'hypothèse évolutionnelle), comment s'expliquer le bégaiement des amputés par une prédominance d'un centre symétrique, ce qui est en contradiction avec les cas d'aphasie de l'adulte ?

Cette idée de bilatéralité a, tout naturellement, fait rapprocher le gauchisme et le strabisme. Ici c'est l'inverse qui se produit : les deux centres, qui agissaient en concordance parfaite, deviennent actifs, non plus simultanément, mais successivement ; le strabique qui fixe un objet ne le peut fixer que d'un seul œil à la fois.

B. — La plupart des auteurs conçoivent actuellement le bégaiement comme de nature purement fonctionnelle.

Nous ne citerons que pour mémoire les théories basées sur une *insuffisance de l'attention ou de la volonté*. Dans les cas où cette insuffisance existe, l'explication n'en demeure pas moins superficielle, et surtout elle ne tient pas compte des autres cas, où l'attention est bonne et la volonté ferme.

GUTZMANN fait du bégaiement une *névrose de coordination* due à une faiblesse irritable des centres phonomoteurs. Les premières attaques de bégaiement seraient dues au défaut de concordance entre la rapidité de la pensée, et la difficulté qu'éprouve l'enfant à trouver les mots qui la traduisent, et à les réunir selon une syntaxe compréhensible. Mais beaucoup d'enfants se trouvent dans des conditions familiales analogues, et ne bégaièrent pas ; et surtout, cette théorie n'explique que le défaut de la parole, sans tenir compte des troubles respiratoires, des mouvements associés, des phénomènes convulsifs, de ces cas de bégaiement frappant d'autres fonctions

comme l'écriture, et que GUTZMANN même fait entrer dans ce que nous avons appelé le balbisme.

FRÖSCHELS et HOEPFNER ont émis deux théories qui ont entre elles la plus grande ressemblance :

Selon HOEPFNER, le caractère convulsif du parler serait dû à l'opposition de deux réflexes, l'un venu du moi qui se fait une conception égocentrique du langage, l'autre, venu du monde extérieur et qui impose à l'enfant la conception admise du langage. Ce premier parler ataxique va donner lieu à un bégaiement durable, non par lésion organique, mais par rappel du processus primitif, avec conscience de l'effort musculaire produit et attention à cet effort élocutoire. Le mot perd ainsi de sa signification au profit de son mécanisme de production. Cette perte de la compréhension du mot entraîne les troubles du rythme, de l'intonation et du débit de la parole. La cause du bégaiement est une association d'idées, d'où le terme *aphasie associative*, association entre le mot et la difficulté kinestésique.

A noter en outre que FRÖSCHELS considère le clonus primitif comme traduisant la perte de la pensée du mot ; le clonus fixé traduirait la perte des mouvements de la parole, le tonus serait un effort pour éviter le clonus.

HOEPFNER explique, par des mécanismes psychologiques et affectifs successifs, la constitution des divers stades du bégaiement, motrico-dynamique, affectivo-sensoriel, sensitivo-verbal et finalement stade de camouflage.

Mais on ne saisit pas comment surviennent les mouvements irradiés à distance. En outre, cette théorie est basée, en partie, sur une certaine progressivité des troubles : or, nous avons vu qu'il était très loin d'en être toujours ainsi. Dans neuf de nos observations, le bégaiement était d'emblée tonique ; dans les cas 16 et 30, les embolophrasies étaient très précoces ; dans

les observations 8 et 10, le bégaiement, déjà ancien, avait conservé le type clonique pur du début.

MARINESCO, appliquant à l'étude du bégaiement, les acquisitions récentes sur les *réflexes conditionnels* comme base de la démutisation physiologique, réflexes dont le siège est dans l'écorce, donc tardivement établis (vers 3 ans), émet une théorie présentant des analogies avec la précédente. L'acte de la parole produit, à la fois, une excitation du centre moteur du langage et une inhibition de la zone environnante de l'écorce ; cette excitation élective manque chez le bègue, du fait que l'inhibition périphérique reste incomplète (foyers d'excitation dus à la peur, à l'attention sur le mécanisme articulaire) ; inversement, si on produit une excitation voisine (centre moteur de l'écriture, par exemple), l'inhibition périphérique, qui s'en dégage, gagne le centre inhibé du langage et le désinhibe : c'est ce que l'on disait en montrant que la distraction, ou la déviation de l'attention, facilite la parole. MARINESCO désigne sous le nom de « bégaiement conditionnel » le bégaiement dans lequel le défaut élocutoire se reproduit particulièrement marqué, chaque fois que se présentent des circonstances analogues à celles qui ont déclenché le premier acte du bégaiement (cf. notre obs. 35).

Mais cette hypothèse ne précise pas le mode de production de ce premier acte de bégaiement, et n'explique pas celui des autres symptômes du balbisme.

D'autres auteurs, comme FROMENT, assignent au bégaiement une origine psychopathique ; le bégaiement serait une dysphasie névropathique du type anxieux. Il base son affirmation sur : le rôle de l'émotion, les multiples variations du bégaiement, les résultats favorables des modes de traitement les plus divers. Ces arguments sont, en effet, en faveur d'une

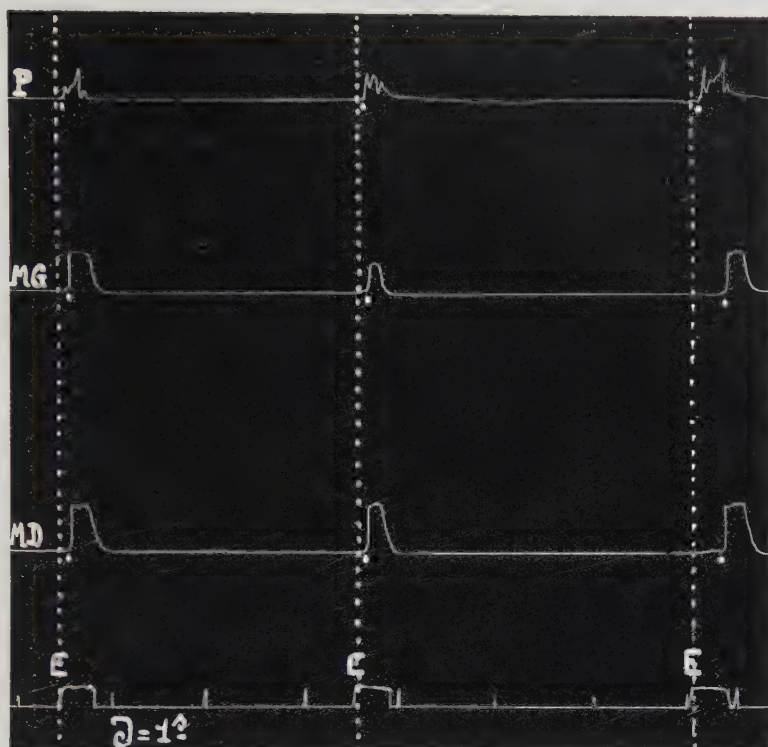


FIG. 7. — Jean Mo. Droitier (Obs. III).

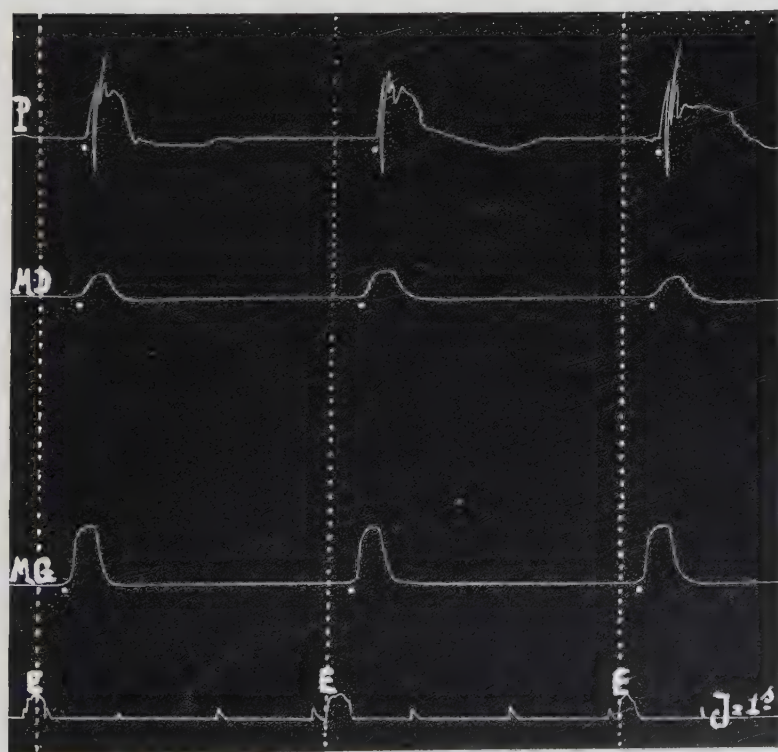


FIG. 8. — Jean F. Gaucher (Obs. XVII).
Excitation E. Réponses MG, MD. P (parole).

origine psychique, mais ils ne suffisent pas, à eux seuls, à déterminer un type défini. C'est la pensée, fixée sur le trouble de la parole, qui provoque l'émotion, laquelle à son tour déclenche les contractions musculaires antagonistes qui rompent l'automatisme fonctionnel. Ceci cadrerait mieux avec l'allure générale de la maladie ; mais il reste toujours en suspens la question de l'origine des premières manifestations, et il n'est pas question des autres troubles moteurs.

Il nous reste, enfin, à mentionner tout un groupe de théories faisant du bégaiement une *forme de l'émotivité*, et, parmi celles-ci, l'hypothèse de Foy. Cet auteur considère le bégaiement comme la localisation de l'émotivité aux organes phonateurs, de même, dit-il, que le vertige est sa localisation à l'appareil d'équilibration, et l'éreuthrose à l'appareil vasculaire de la face. On voit la confusion entre le symptôme et la maladie ; la preuve en est, qu'il n'est pas question des troubles associés, si ce n'est du retentissement psychique.

L'accord ne s'est pas fait entre les psychanalystes sur l'origine du bégaiement. Certains pensent (SCHNEIDER) qu'à la suite d'un sentiment de faute (onanisme, inversion sexuelle...), il y aurait un complexe entre la volonté de parler et la volonté de se taire ; puis, le passage se ferait, de la peur de trahir un secret à la peur, plus générale, de parler. FRANK, quoique psychanalyste, admet seulement l'exagération de la névrose à la suite de traumas sexuels.

Enfin, poussant plus loin la question, LECLÈRE distinguait un « bégaiement psychique » (d'autres disent hystérique), le reconnaissant à ce qu'il était irrégulier, capricieux, mobile, se produisant tantôt pour une consonne et tantôt pour une autre. Mais nous avons vu, en accord avec les auteurs, que c'était là précisément les caractères de tout bégaiement.

ment. Ceci prouve simplement l'influence énorme du psychisme, que personne ne saurait nier, mais ne permet pas d'individualiser une forme spéciale, dont les caractères particuliers permettraient de lui assigner, d'emblée, une étiologie déterminée.

* * *

La plupart des pathogénies s'exposent à deux critiques d'ensemble : elles sont en contradiction avec des faits cliniques ; elles restent muettes en ce qui concerne un ou plusieurs des phénomènes patents.

Toute hypothèse, pour être acceptable, sinon acceptée, doit nécessairement se soumettre à ces deux conditions générales : ne pas contredire un seul des faits acquis ; les expliquer tous, sans exception. Mais, pour qu'elle soit acceptée définitivement, il faudrait encore des preuves et, autant que possible, parmi celles-ci, la disparition des troubles, sous la seule influence d'une méthode thérapeutique issue directement de cette hypothèse.

Nos observations cliniques nous ont conduit à penser que nous étions en présence de symptômes multiples, relevant d'une seule et même maladie.

Les trois phénomènes principaux, bégaiement, troubles respiratoires, troubles moteurs divers, sont bien des symptômes : comme dans toute autre maladie, l'un d'eux peut apparaître avant les autres, marquant ainsi le début de la maladie ; il peut dominer le tableau clinique ; il peut persister plus longtemps qu'eux, témoin du déclin du mal. Cette persistance, d'un seul de ces symptômes morbides, témoigne aussi de la persistance de la maladie elle-même et, comme toujours, dans ce cas, représente le signe d'alarme d'une reprise ultérieure des autres symptômes. Enfin, il existe entre eux une certaine indépendance ; aucun ne domine, aucun ne commande à tous les autres ; le

bégaïement, en particulier, n'est pas à lui seul la maladie, il n'est qu'un symptôme, car la parole peut redevenir normale sans que les autres troubles disparaissent totalement ; à l'inverse, la parole peut être très défectueuse, alors que les autres manifestations cliniques sont absentes. La prédominance, ou, au contraire, l'absence de l'un des symptômes, est chose banale, qui s'observe dans toute maladie et en individualise des formes cliniques spéciales.

Sans doute, le seul traitement de l'un de ces troubles, en l'améliorant, améliore généralement les deux autres. Mais, on n'arrive pas, par ce seul moyen, à les faire tous disparaître.

Ces symptômes relèvent bien d'une seule et même maladie. Le balbisme comporte, en effet, un ensemble symptomatique homogène. Dans tous les cas, tout au moins à un moment donné de leur évolution, on constate, chez un même individu, la présence du bégaïement, des troubles respiratoires et des autres désordres moteurs périphériques. Cet ensemble survient chez des prédisposés. Ces trois manifestations présentent entre elles de grandes analogies : toutes trois sont d'ordre musculaire ou neuro-musculaire ; ce sont des phénomènes moteurs à caractère spasmodique, parfois tonique ou clonique ; leur évolution est parallèle dans un grand nombre de cas. Mais, ce qui montre plus encore que ces faits ne sont que l'extériorisation d'une même maladie, c'est que l'existence d'un seul permet de prévoir la réapparition des autres, c'est-à-dire de la maladie au complet. Sans doute, le balbisme n'est diagnostiqué que lorsque le bégaïement est apparu, mais c'est là son seul symptôme manifeste et gênant, et rien ne prouve qu'il n'existe point des cas de balbisme, où la présence de l'un des autres troubles aurait pu faire prévoir l'apparition ultérieure du bégaïement, complément et signature clinique de ces formes frustes,

Il reste encore à préciser la cause du balbisme et sa nature.

La *cause* des désordres moteurs, tant phonatoires que respiratoires ou autres, est centrale ; toute autre hypothèse supposerait, à l'origine de ces manifestations périphériques multiples, des localisations causales multiples ; or, on n'a jamais rien observé qui justifîât cette supposition.

La *nature* de la maladie est certainement non lésionnelle. Les rares autopsies n'ont rien révélé d'anormal ; l'examen neurologique reste entièrement négatif ; la variabilité extrême de tous les symptômes, variabilité qui apparaît comme l'essentiel de cette maladie, son amélioration, sa guérison même, sous l'influence des traitements les plus différents, voire de la seule psychothérapie, sont autant de témoignages en faveur de la nature non lésionnelle du balbisme.

Cependant, les analogies que présentent certains des symptômes avec les symptômes d'affections neurologiques qui, elles, possèdent un substratum anatomique défini, ne sont pas argument sans valeur ; de même la relative fixité de l'âge auquel débute la maladie et les cas de balbisme chez des gauchers.

Somme toute, on peut supposer que les désordres moteurs du balbisme (bégaiement, troubles respiratoires, troubles moteurs divers) ressortissent à une dyspragie du cerveau. Mais il paraît vraisemblable que cette dyspragie elle-même est commandée, le plus souvent, par des facteurs psychiques.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Le traitement doit être entrepris aussitôt la maladie découverte ; c'est l'une de ses plus solides chances de succès.

La thérapeutique du bégaiement s'est modifiée, au cours des années, parallèlement à la pathogénie ; c'est dire qu'elle s'est, pendant longtemps, montrée peu efficace. Aujourd'hui encore, en l'absence de base étio-pathogénique certaine, il est impossible de formuler une thérapeutique héroïque. La meilleure preuve en est la multiplicité des méthodes employées, les succès comme les échecs de chacune d'entre elles.

1° Certains traitements sont abandonnés, et nous ne reviendrons pas sur ces tentatives d'intérêt purement historique. Les interventions chirurgicales, dont nous avons esquissé l'essentiel, n'ont pu résister aux échecs et aux dangers qu'elles faisaient courir au patient (hémorragies graves, complications pulmonaires).

De même, on ne s'illusionne plus sur les résultats que peuvent avoir l'extirpation d'amygdales hypertrophiées ou l'ablation de végétations adénoïdes, non plus que les diverses interventions sur les voies respiratoires supérieures ; comme le dit NADOLECZNY, le bégaiement est sans rapport avec la laryngologie. Non seulement on ne guérit pas le bégaiement, non

seulement on ne l'améliore aucunement, comme en font foi toutes nos observations, mais on peut créer de nouveaux troubles (obs. 16, fig. 2). Bien entendu, nous ne voulons pas dire qu'on doive conserver précieusement toutes les causes de dysfonctionnement de l'appareil respiratoire ; il faut simplement agir ici avec prudence, et n'avoir recours à l'opération que lorsque des complications, ou une entrave manifeste à la respiration nasale, l'imposent sans contredit.

De même, les appareils, tels que fourche métallique, plaque interdendaire, ne sont plus employés. Ce que nous savons du bégaiement nous permet de dire que leur seul mode d'action était psychique.

L'hypnose n'est plus guère employée, étant donné la médiocrité des résultats obtenus.

2° Nous ne pouvons songer à passer en revue les *diverses méthodes* employées actuellement. Elles offrent entre elles les plus grandes analogies. Mais il est un point sur lequel insistait déjà James HUNT : à savoir que le traitement du bégaiement n'est heureusement plus, comme il l'a longtemps été, l'apanage des charlatans. Le diagnostic précis de tout le complexe pathologique n'est pas toujours chose aisée ; la conduite du traitement réclame une vigilance et un tact tout particuliers. Un traitement mal conduit mène à l'échec, après quoi le bégaiement est aggravé, la phobie en est accrue avec sentiment de désespérance.

La meilleure méthode consiste à n'en avoir aucune. Nous entendons, par là, que toute méthode étroite, rigide, absolue est mauvaise, puisqu'elle s'applique à une affection dont les symptômes multiples et variables évoluent sur un terrain lui-même inconstant, puisqu'elle reste, dans la grande majorité des cas, purement symptomatique.

3^o Dans ces conditions, la simple logique enseigne, après examen méthodique, de s'attaquer à chacun des troubles constatés.

Si l'examen somatique révèle une gêne importante de la respiration nasale, il est évidemment indiqué de rechercher s'il n'existe pas un obstacle mécanique qu'il faudrait lever, sous peine de voir échouer tout essai de rééducation respiratoire.

De même, l'état général doit être amélioré, s'il y a lieu, et on ne pourrait entreprendre de rééduquer un sujet fatigué, débilité, et, par là même, incapable de répondre, aux efforts du médecin, par une réaction sérieuse.

Quelques sujets peuvent présenter une hypertonie sympathique ou vagale, qu'il est bon de diminuer par un traitement interne prudemment suivi, mais sans d'ailleurs en attendre des résultats directs.

Lorsque le bégaiement est influencé par un facteur morbide avéré, il faudra prescrire une médication adéquate. GUTZMANN prête grande attention au régime défectueux, à la mauvaise hygiène si fréquente pendant la période scolaire (surmenage intellectuel et physique, excès de travail, manque de sommeil). Si l'on ne modifie pas ces conditions, le traitement le mieux conduit peut être voué à l'échec.

Nous ajouterons — en y attachant une importance énorme — l'hygiène morale détestable, contre laquelle il est impossible parfois de lutter efficacement sans isoler l'enfant bègue. Dans quelques cas, l'entourage immédiat de l'enfant montre une compréhension suffisante, et l'on peut, par des conseils répétés, sinon s'en faire un allié, tout au moins en atténuer la nocivité naturelle. Mais combien de fois avons-nous vu des parents, malgré leurs meilleures intentions et précisément à cause d'elles, agir tout au rebours du traitement entrepris, et détruire pas à pas les progrès obtenus !

L'examen spécial de la parole peut révéler, associés

au bégaiement, d'autres troubles ; il est manifeste que ceux-ci tiennent en partie sous leur dépendance le bégaiement, et qu'il serait téméraire d'en vouloir entreprendre la guérison, avant d'avoir — ici comme dans les autres domaines — fait disparaître les circonstances aggravantes. Dans ce cas, on doit s'occuper uniquement de ces défauts : on obtient facilement la disparition d'une blésité ou d'un retard simple de la parole, après quoi le bégaiement s'atténue de lui-même (obs. 3, 5, 11, 12, 17, 18, 21). On temporise et, si la guérison ne survient pas assez rapidement ou si elle reste incomplète, on l'achève par le traitement habituel. S'il s'agit de l'association bégaiement-bredouillement, la méthode de traitement est la même, mais la difficulté est beaucoup plus grande (A. LAMBECK).

4^o *Lorsque le bégaiement est isolé*, on s'adresse immédiatement aux exercices rééducateurs :

Pour la Rééducation de la Voix, on possède toute une gamme d'exercices. On a recommandé de débiter par les voyelles et, parmi elles, par les plus ouvertes ; puis de continuer en leur associant les consonnes ; on évite, bien entendu, d'accumuler au début les phonèmes difficiles (D. WEISS), ou qui paraissent tels parce que particulièrement redoutés.

En pratique, aucune règle n'est bonne à suivre : des cas légers s'accommodent très bien, et d'emblée, d'exercices qui ne sauraient convenir à des cas graves. Dans ceux-ci, la difficulté est précisément d'obtenir un premier résultat : CHERVIN usait de la cure de silence dans l'isolement ; le principe en est excellent, mais l'application, trop rigoureuse, dans la très grande majorité des cas. On s'adresse plutôt à des exercices qui ne mettent pas en jeu la parole : imitation de cris d'animaux par exemple, sons chantés. On conseille également l'emploi de la voix chuchotée,

ou l'usage d'une tonalité basse afin de diminuer la constriction laryngée.

La Rééducation de la Parole porte sur les mots puis sur les phrases courtes. Les uns bannissent la lecture à haute voix, d'autres préconisent la répétition de la parole du maître. L'essentiel est de ralentir le débit, de le régulariser, d'augmenter la mélodie de la phrase. On obtient ce résultat par divers moyens rythmiques, la scansion de la phrase, l'imitation d'une intonation légèrement exagérée, la liaison des mots entre eux. On emploie avec profit les battements réguliers, comme ceux du métronome ; on fait accompagner la parole de gestes qui doivent rester harmonieux et doux, faute de quoi, on s'expose à exagérer les contractions musculaires. Enfin on lutte contre cette tendance bien connue à mal articuler, à articuler à demi et due pour une part à l'hypertonicité des muscles articulateurs ; des exercices d'assouplissement, des exercices d'articulation exagérée, devant le miroir, en ont raison.

Mais, des difficultés peuvent survenir à tous moments. Il nous est impossible d'énumérer tous les moyens qui peuvent être heureusement utilisés ; c'est à l'imagination du rééducateur qu'il revient de savoir les inventer selon les besoins, ou les adapter à chaque cas particulier.

On a insisté sur la *déviatio*n de l'attention qui produirait une véritable libération de l'automatisme articulaire ; et l'on conçoit que les moyens les plus variés puissent être employés pour atteindre ce but. Ceci a encore un autre intérêt, l'effort d'attention ayant pour conséquence (DELABARRE) un léger ralentissement du rythme respiratoire.

Le relâchement de tout le corps est considéré comme une circonstance favorable ; la réalisation de ce conseil, donné par des auteurs américains, est loin d'être une chose facile.

D'autre part, lorsqu'on en est arrivé, parfois presque d'emblée, à rééduquer le parler spontané, il est d'ordinaire profitable d'obliger le malade à composer mentalement ses phrases, une à une, avant de les émettre.

Enfin, il convient de prévoir les difficultés nouvelles qui se présenteront, lorsque le convalescent parlera en public, et, afin de le mieux armer contre elles, on a préconisé de mettre le bègue en la présence supposée de telle ou telle personne, ou de lui indiquer de se placer, par la pensée, dans ces circonstances qu'il redoute particulièrement.

La Rééducation de la Respiration n'a pas une moindre importance, et beaucoup d'auteurs conseillent de commencer par elle, avant tout travail de la voix et de l'articulation, et même de reprendre quelques exercices respiratoires comme préliminaires aux leçons ultérieures.

Il convient de remédier aux 3 défauts essentiels : Inspiration insuffisante, exagérée ou intermittente, Pause absente ou insignifiante, Expiration arythmique. On exige des inspirations de plus en plus profondes, lentes, buccales puis nasales ; mais, dans d'autres cas, il convient de s'attacher au contraire à obtenir un résultat inverse. Les deux pauses seront étendues progressivement, par occlusion mécanique d'abord, puis volontaire, de façon à les obtenir les plus longues possibles. L'expiration est plus difficile à régulariser. Il faut arriver à la prolonger et à la rendre régulière, sans à-coups et, surtout, continue, sans inspiration intercurrente. Puis on arrivera à l'interrompre, par des pauses suivies de reprises expiratoires.

Ce travail de rééducation doit être contrôlé, et se trouve facilité par ce contrôle même : spiroscope, métronome, miroir qui extériorise le souffle expiratoire, enregistrement qui permet de montrer au

bègue ses défauts mais aussi ses progrès. On se trouve bien, chez le jeune enfant, d'employer des jeux, sifflet ou trompette ; de même on lui fait éteindre une allumette, ou repousser une boulette de papier à une distance de plus en plus grande ; on a conseillé de lui faire souffler des bulles de savon, ce qui rend manifestes les irrégularités de l'expiration. Tous ces petits moyens ont une importance de premier plan. Ils stimulent l'activité de l'enfant, l'intéressent indirectement à sa guérison, et doivent être variés et appropriés à chaque sujet.

Enfin il est très utile — indispensable dans quelques cas — d'allier à cette gymnastique respiratoire une gymnastique musculaire simple, dont les mouvements doivent concorder avec les mouvements respiratoires physiologiques. On arrive ainsi, avec l'aide du rythme, à un renforcement et à un assouplissement fonctionnel des muscles de la cage thoracique et péri-scapulaires.

Sous l'influence de ces rééducations combinées, les *mouvements anormaux associés* s'atténuent d'eux-mêmes, progressivement. On y aide d'ailleurs par des conseils répétés et de petits moyens de contrôle variables avec chaque cas.

Mais il arrive qu'il soit particulièrement difficile de faire disparaître quelques petits mouvements résiduels, dont certains présentent de grandes analogies avec les tics. Si l'on obtient cette disparition, il n'est pas rare que le tic disparu soit aussitôt remplacé par un autre, ou même que cette disparition soit suivie d'une reprise du bégaiement ; tout se passe ici comme s'il existait, entre ces 2 phénomènes, une sorte de balancement, comme il en existe entre deux équivalents.

Telle quelle, cette rééducation est notoirement insuffisante, et l'on a pu voir déjà que quantité de moyens, dits accessoires, s'adressaient non pas au physique mais au psychique.

Le Traitement psychique du bégaiement est d'ordinaire banal ; il faut, comme dans toute affection chronique, faire prendre patience au malade, ne pas le décourager en insistant trop lourdement sur ses fautes, mais aussi ne pas lui laisser entendre trop tôt qu'il est définitivement guéri. Un tel dosage est, presque toujours, extrêmement délicat.

On insiste particulièrement ici sur le manque d'attention et sur la faiblesse de la volonté, comme aussi sur la difficulté qu'on a de maintenir le malade en confiance, condition essentielle du succès. Ce sont là autant de raisons qui imposent de varier les exercices afin de leur donner un regain d'intérêt. Parfois, on aura recours à une rééducation spéciale de la faculté volitionnelle ; toujours, il faudra trouver une explication appuyée sur des preuves tangibles pour réfuter les objections d'un grand enfant qui, par exemple, s'étonne de ne pas pouvoir prononcer un phonème, ou de n'être encore pas amélioré autant qu'il l'eût espéré. Le cas le plus difficile est, pour cette raison, celui du sujet intelligent qu'un ou plusieurs échecs antérieurs a rendu sceptique et raisonneur.

Il ne semble pas qu'on doive avoir recours habituellement à une *psychothérapie spécialisée*. Cette méthode est réservée à des malades que l'examen aura très nettement étiquetés comme étant des psychopathes. En tout cas, il doit précéder la cure habituelle ; les deux méthodes ne sauraient marcher de front et, cela surtout, si elles doivent être appliquées par deux thérapeutes différents.

La méthode psychanalytique a été essayée chez l'adulte ; elle est pratiquement inapplicable dans toute sa rigueur chez l'enfant. Le grand enfant

bénéficierait peut-être de traitements d'inspiration freudienne, lorsque l'on se croit en droit de soupçonner très fortement l'existence d'un conflit, justifiant cette intervention ; il est superflu d'insister sur la prudence qui doit présider à cette détermination.

Ajoutons enfin que les circonstances sont susceptibles d'inspirer un acte thérapeutique inusité, changement de *modus vivendi*, par exemple.

L'arsenal thérapeutique que l'on peut opposer au balbisme, comprend donc des armes nombreuses. La variabilité même du mal impose de varier la méthode. Si l'on peut se mettre d'accord sur les principes généraux, la modalité de leur application reste sous l'influence directrice des circonstances : une méthode, excellente pour un malade, se révélera médiocre pour une autre ; et LECLÈRE dit qu'il vaut mieux suivre les préférences du malade afin de le mieux guider. Le traitement employé doit encore demeurer très souple, capable d'être dosé judicieusement selon les dispositions du jour. C'est là affaire de tact de la part du rééducateur, qui doit savoir que ce même procédé, qui lui a donné de bons résultats la veille, peut se montrer inopérant aujourd'hui.

A cette volonté de guérir le malade, il est nécessaire que celui-ci réponde par la volonté de guérir. S'il est habituel de voir aux enfants déjà grands le vif désir de se débarrasser de leur infirmité, il est beaucoup plus rare qu'ils conservent, dans le détail des exercices pratiques, toute la volonté désirable, et c'est encore au médecin qu'incombe la tâche de la maintenir constante. Toute séance rééducative poursuivie en dehors de ces conditions est inutile ou même nuisible, et il eût été préférable de ne pas l'entreprendre, plutôt que de constater qu'elle n'a apporté aucune amélioration dans quelque domaine que ce fût.

* * *

La guérison étant obtenue, le rôle du médecin n'est pas terminé ; il doit redouter, pour l'ancien bègue, la récidive, et tout faire pour la prévenir. C'est à nouveau une question de nuance, celle de savoir lui laisser sa confiance intacte, tout en lui dictant des conseils de prudence. Pendant longtemps encore, il sera bon qu'il continue à pratiquer journellement quelques exercices respiratoires et vocaux, qu'il s'abstienne de se laisser aller à parler très vite. Son entourage devra se persuader que les recommandations déjà faites restent valables, et qu'on ne doit pas profiter d'une guérison, trop récente encore, pour combler le retard forcément subi par des études interrompues ou négligées.

Ces indications seraient à répéter en ce qui concerne un *Traitement Préventif* du bégaiement.

Devraient être évités toutes les causes que nous avons vues présider à la genèse de cette maladie, et cela tout particulièrement chez les prédisposés : nerveux et émotifs, enfants atteints de retard simple de la parole ou de bafouillement. Il convient de leur parler calmement et distinctement et, surtout d'éviter de les reprendre et de les inciter constamment à parler. Le conseil, de ne reprendre que très modérément les gauchers, appartient au même ordre d'idées ; plusieurs de nos observations l'illustrent suffisamment.

A l'inverse, on ne peut que recommander les jeux qui développent et assouplissent les muscles respiratoires, en même temps qu'ils font naître ou renforcent le sens du rythme ; la gymnastique, sous direction musicale, est capable d'aspirer à ce résultat.

CHAPITRE VIII

L'AVENIR DES BÈGUES

Quels sont les *résultats* de ce traitement ? Quel est le *pronostic* du balbisme ? Deux questions d'importance que nous allons essayer d'éclairer, mais qui se heurtent à de multiples difficultés.

1° Il est admis qu'on ne saurait compter sur la guérison spontanée. Elle a été signalée dans quelques cas rares, mais on ne peut considérer comme telle l'amélioration qui demande 10 ou 20 ans pour se compléter. Encore s'agit-il d'une adaptation au mal, bien plutôt que d'une disparition vraie de celui-ci. Enfin, il est des bègues qui parlent, à 60 ans passés, aussi difficilement que dans leur jeunesse.

On peut donc dire que, dans la pratique, la guérison du bégaiement est uniquement thérapeutique. Il est bien difficile, en parcourant la littérature, de se faire une idée exacte de l'avenir des bègues traités ; la plupart des auteurs se retranchent derrière la difficulté qu'on a de suivre ses anciens malades : il est sûr que le bègue guéri n'est pas revu, encore moins le bègue qui a subi une récurrence et qui, presque toujours, s'adresse à un autre médecin. D'autre part, il paraît légitime de conserver une certaine réserve, devant les rares affirmations qui sont par trop optimistes : nous ne voulons rien insinuer, si ce n'est que la bonne foi de leurs auteurs s'est peut-être laissée surprendre, pour n'avoir pas assez tenu compte de ce fait qu'un

malade non revu n'est pas forcément un malade à tout jamais guéri.

Voici ce que nos observations nous permettent de penser, avec ces deux réserves que le pourcentage des cas revus est trop faible pour nous permettre de nous faire une opinion très générale, et que, pour plusieurs d'entre eux, le recul est encore insuffisant.

Il est certain qu'on peut obtenir la guérison. Mais encore faut-il s'entendre sur la qualité de cette guérison : rarement absolue, c'est très souvent une amélioration telle que le sujet n'éprouve plus qu'un léger accrochage passager et très intermittent, à l'occasion d'un surmenage ou d'une discussion particulièrement violente. Il semble que cet état tende dès lors vers une guérison de plus en plus complète. Les rechutes sont tout à fait exceptionnelles.

A l'opposé, on trouve des cas où l'échec est total. C'est plus exceptionnel encore, et il est nécessaire, pour cela, que le malade s'oppose, tout au moins passivement, à sa propre guérison.

Restent les cas intermédiaires : tantôt on n'arrive qu'à un résultat partiel : il semble que, contre tout effort, il soit impossible de progresser ; nous pensons qu'il est inutile d'insister, quitte à reprendre un peu plus tard la rééducation. Tantôt on a obtenu un résultat satisfaisant ; mais, au bout d'un temps variable, une récurrence est survenue. Un nouveau traitement peut être suivi d'une nouvelle récurrence ; mais il est remarquable que celles-ci sont de moins en moins sévères et que le traitement en a de plus en plus aisément raison.

En résumé, le balbisme est pratiquement toujours améliorable ; cette amélioration, parfois rapide et très proche de la guérison, peut n'être que partielle, mais, même dans ce cas, elle a d'ordinaire tendance à se compléter spontanément, après cessation du traitement. Par contre, la guérison totale nous a paru rare : il n'y a là rien qui doive surprendre,

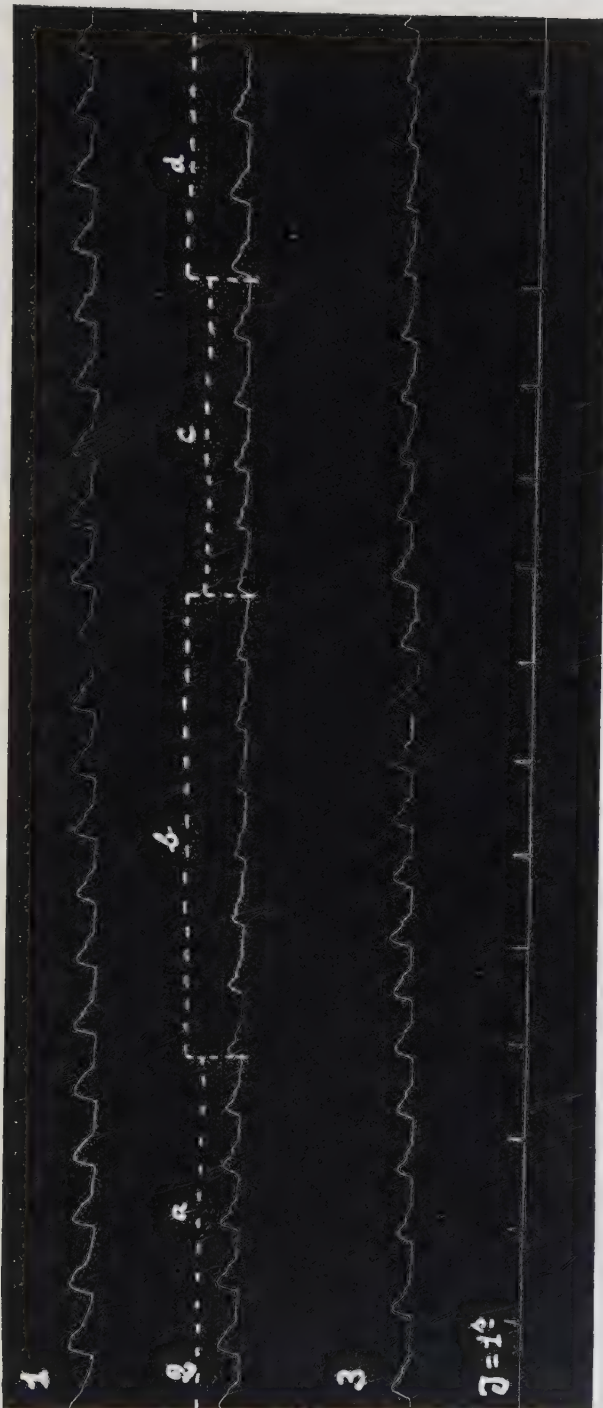


FIG. 9. — Jacques Ro. (Obs. X).

Réflexe oculo-cardiaque. Avant la compression (segment 1) le pouls, régulier, bat à 22 au quart. Pendant la compression oculaire (segment 2), le pouls s'accélère (phase a) ; suit un ralentissement léger avec écrasement marqué de la courbe (phase b) ; retour au rythme normal (phase c) ; enfin, nouveau ralentissement (phase d) mais sans écrasement : la montre n'aurait pas décelé de variation : 22 au quart. Après la compression (segment 3) le ralentissement fait rapidement place au rythme normal (22 au quart).

puisque nous ne possédons encore qu'une thérapeutique symptomatique. Il est certain, cependant, que nos malades étaient, en leur milieu familial et parfois scolaire, dans des conditions particulièrement défavorables ; que beaucoup ont cessé de venir à la consultation alors que leur guérison n'était pas complète, la famille se contentant, trop souvent, d'une amélioration du défaut de la parole. C'est pour cela que nous pensons qu'on serait en droit d'espérer mieux d'une rééducation poursuivie dans des conditions meilleures.

2^o Le Pronostic est plus difficile à porter ici que dans n'importe quelle autre affection. La question se pose dans 3 circonstances : au début, au cours du traitement, à la fin de celui-ci.

Au premier examen, il est impossible de prévoir ce que seront les résultats obtenus, partant, de rien affirmer. Aussi est-il prudent de se borner à des considérations d'ordre général.

Il est toutefois des constatations de mauvais augure : un état physique défectueux, une nervosité particulière ne sont pas encore parmi les difficultés insurmontables ; celles-ci sont d'ordre psychique : c'est le mauvais vouloir du malade — contre lequel il est illusoire de lutter, lorsqu'il est avéré — qu'on arrivera parfois à vaincre, quand il tient à une cause sur laquelle on a prise, et qu'il convient de dépister. C'est aussi l'incompréhension de l'entourage, dont on n'aura parfois raison que par l'isolement du petit malade ; on sait les difficultés qu'on rencontre à soigner les enfants uniques, mal élevés, vivant dans un milieu qui fait tout l'opposé de ce qu'il faudrait pour seconder le médecin.

Par contre, on considérera comme un heureux présage une intelligence ouverte, à la condition qu'elle soit alliée à la volonté de guérir et qu'elle renforce la confiance dans le traitement ; elle aurait un rôle

tout opposé chez un sujet qu'un échec antérieur aurait rendu sceptique.

FRÖSCHELS pense que l'âge du malade n'entre pas, autant qu'on pourrait le croire, en ligne de compte ; néanmoins, les meilleurs pronostics sont, en moyenne, portés chez des enfants de moins de 12 ans. Mais, plus que l'âge en soi, les occupations inhérentes à l'âge doivent, sans nul doute, retenir l'attention : les parents auront en effet tendance, s'il s'agit d'un enfant en cours d'étude et près de passer des examens, à écourter le traitement, à se contenter d'une amélioration et à augmenter immédiatement la dose, déjà toxique en temps normal, du travail scolaire.

En cours de rééducation, le pronostic peut devenir un peu plus précis, encore qu'on ne puisse avoir la certitude de la guérison. L'attention soutenue, la confiance, la volonté ferme et effective de continuer les progrès, permettent d'espérer, comme aussi la régularité des améliorations successives dans tous les domaines troublés.

La rééducation étant achevée, on peut apprécier, dans une certaine mesure, la solidité des résultats acquis. C'est ainsi que l'on suspectera fortement la stabilité de la guérison, lorsqu'il persiste le moindre défaut, non pas même du parler, mais de quelque ordre que ce soit : on peut prévoir la récurrence du bégaiement, lorsque toute anomalie respiratoire n'est pas disparue (fig. 3) ou lorsqu'on n'a pu venir à bout de tous les petits mouvements parasites (obs. 2, 8, 9, 15, 16 et 18).

CONCLUSIONS

A. — *Sur le bégaiement en général.*

I. — Les enfants bégues sont loin d'être toujours des timides; ils ne sont pas, plus souvent que d'autres, dépourvus du sens musical.

II. — Ce sont habituellement des prédisposés, de par leur tempérament propre, leurs antécédents familiaux (gauchers, nerveux, dysphasiques...) et la mauvaise influence de leur entourage.

III. — On ne trouve chez eux aucun signe morbide constant, en particulier neurologique.

IV. — Le bégaiement d'origine émotionnelle certaine est rare.

V. — Le rôle de l'imitation entre enfants est nul; l'imitation de l'adulte est possible, mais non prouvée.

VI. — La disparition, même complète, du symptôme bégaiement ne permet pas de conclure à la guérison définitive.

B. — *Sur une maladie spéciale.*

Il existe une maladie spéciale, qu'on pourrait appeler Balbisme, terme d'attente destiné à éviter l'équivoque, le mot bégaiement ne devant servir qu'à désigner un symptôme.

Cette maladie associe des désordres moteurs fonctionnels d'ordre respiratoire, périphérique et vocal ; ces symptômes vocaux constituent le bégaiement révélateur de la maladie ; peut-être existe-t-il des cas de balbisme où, ce signe manquant, le diagnostic n'est pas fait.

Cette maladie est probablement de nature psychique.

Vu : le Président de la thèse,

LEREBoullet.

Vu : le Doyen,

ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Nous ne pouvons songer à énumérer ici tous les travaux qu'a suscités le bégaiement ; nous nous sommes borné à signaler ceux dont il nous paraît indispensable de connaître l'existence,

D'ABUNDO, — Sopra una particolare neuropatia spasmodica con disturbo del linguaggio articolato. *Riv. ital. di neuropat. etc. catania.*, 1917, 233-253, 4 pl.

APPELT. — Zur Behandlung des Stotterns. *Zeitschr. f. Individual psych.*, 1924.

— Das Stotternde Kind. Dresden, 1927.

ARONSOHN. — Der psychologische Ursprung des Stotterns. Halle a. d. S., 1914.

ASTRIÉ. — Essai sur le Bégaiement. Thèse de Montpellier, 1824.

BECQUEREL (A.). — Traité du bégaiement et des moyens de le guérir, 1843.

BEHNKE (Emil). — Stammering : its nature and treatment. London, 1893.

BELL (Sir Charles). — Mémoire sur les organes de la voix humaine, in *Arch. gal. Med.*, 1832, 2^e s., t. I, p. 549.

BLACKBURN (B.). — Voluntary movements of organs of speech in stutterers and non-stutterers. *Psychol. Monog.*, n° 4, 1931, 1-13.

BLUME. — Neueste Heilmethode des Stötterübels. Leipzig, 1844.

BLUEMEL (Ch. Sidney). — Stammering and cognate defects of speech. 20 N. Y., 1913. G. E. Steehert and Co, 375, 396 p. in-8°.

BONNET. — Etude critique sur la parenté morbide du bégaiement avec les tics et les crampes fonctionnelles. Bordeaux, 1906.

BONNET (de Lyon). — Lettre à l'Institut sur l'opération du bégaiement, in *Gaz. Méd.* Paris, 1841, p. 221.

- BRAVETTA (Eugenio). — I disturbi del linguaggio : appunti critici osservazioni cliniche ed anatomiche. Pavia, 1914. Mattei et C^o, 210 p. in-8^o.
- BRIAND (M.) et PHILIPPE (J.). — Un cas de bégaiement émotionnel. *Progrès médical*, 257-61, 1917.
- Audi-mutité d'origine émotionnelle. *Progrès médical*, 1916.
- BROWN (F. W.). — Stuttering : its neurophysiological basis and probable causation. *Arch. J. Orthopsychiat.*, 2, 363-376, oct. 1932.
- CASTEX. — Orthophonie, 1905.
- CARSWELL (E. R.). — The cause and cure of stammering and all other speech defects. The notable Fou-Lin method applied to eight classes of faulty speech. Chicago, 1912. Regan Print House, 182 p., front. in-8^o.
- CHALBERT (L.). — Deux cas de bégaiement hystérique chez des dégénérés. Paris, 1893.
- CHERVIN (Ainé). — Statistique décennale du bégaiement, 1844.
- Bégaiement considéré comme vice de prononciation, 1867.
- Du bégaiement et de son traitement, 1879.
- CHERVIN (Dr). — Bégaiement et autres défauts de prononciation. Paris, 1895.
- Bégaiement et autres maladies fonctionnelles de la parole, 3^e édition. Paris, 1901.
- Du rôle des émotions en pathologie verbale. *Semaine médicale*, 1912, p. 37-40.
- Diagnostic du bégaiement. *Revue médicale de l'Est*, 1920, p. 660-665.
- CÖEN. — Die Anomalien der Sprache. Vien, 1889.
- COLOMBAT (de l'Isère). — Du bégaiement et de tous les autres vices de la parole traités par de nouvelles méthodes. Paris, 1843.
- Réponse au Dr Becquerel ou réfutation de son traité du bégaiement. Paris, 1844.
- COLOMBAT (Emile). — Du bégaiement et des vices de la parole. Paris, 1868.
- Traité d'Orthophonie. Paris, 1880.
- CREPS. — Révélation de l'art du langage, 1850.
- DANTZIG (Van). — Die sprache und Sprach-störungen der Schwachsinnigen usw. Eos., 1929.

- DECROLY et ROUMA. — Aperçu historique sur la pathogénie du bégaiement. *La Policlinique*. Bruxelles, mai-juin 1903.
- Le bégaiement : symptômes. *La Policlinique*. Bruxelles, janvier-mars 1904.
- DELABARRE. — Respiration et attention. *Revue philosophique*, t. I, p. 639-649, 1892.
- DELEAU. — Bégaiement in *Arch. gles Med.*, t. XIX, p. 299, 1829.
- DUFRESSE-CHASSAIGNE. — Traité du strabisme et du bégaiement, 1841.
- DUPUIS (L.) et LEGRAND (A.). — Bégaiement, in *Traité d'Orthophonie* de Castex et Joué, 1920.
- EGGER. — Rapports entre l'intelligence et la parole, 1879.
- La parole intérieure, 1904.
- FÉRÉ. — L'influence de l'exercice musculaire sur l'énergie, la rapidité et l'habileté des mouvements volontaires de la langue chez un bégue. *Compte rendu Soc. Biologie*, 1890, p. 676.
- FERNAGU. — Trouble de la parole chez les choréïques, t. XIV, p. 283. Thèse de Paris, 1911-1912.
- FLATAU. — The psycho-physiology of voice and speech coordin. Internat. Conférence on speech training, novembre 1927.
- FOLET. — Physiologie pathologique des convulsions fonctionnelles et en particulier du bégaiement. Liège, 1873.
- FONTÈS (V.) de Lisbonne. — Quelques considérations sur le bégaiement. *Monde médical*, 15-12-25, p. 831-834, 1925.
- Considerações morfológicas e clinicas sobre a gaguez. *Lisboa med.*, Setembro 1929, n° 9, p. 532.
- Sobre a psicologia sexual dos gagos. *Lisboa Med.*, mai 1930.
- FÖRSTER. — Zur Analyse und Pathophysiologie der striären Bewegungsstörungen. *Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych.*, 1921.
- FOY (R.). — Nouveaux essais pathogéniques et thérapeutiques du bégaiement. *Rv. Hebdom de Laryngo-oto-rh.*, 8 novembre 1913.
- Traitement du bégaiement par le Ductophone. *Bull. d'oto-rhino-laryngologie*, XVI, 341-349, 1913.
- FRANK (B. B.). — Intentionales Stottern uws. *Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Pschy.*, 1929.

- Über Angstneurosen und Stottern. Zurich.
- FREUND. — Das Stottern im Lichte Moderner Seelenforschung. *Ztschr. f. Kinderforsch.*, 40, 264-275, 1932.
- Person und Sprachstörung Stottern. *Med. Welt.*, 6, 1243-1245, August 27, 1932.
- FROMENT (J.). — Le bégaiement et son mécanisme Psychologique. *Lyon médical*, 357-359, 1921.
- Comment étudier les troubles du Langage. *Presse médicale*, p. 702, 1924.
- FROMENT (J.) et RAVAUULT (P.). — Formule Phonétique. *Revue Neurologique*, p. 382, 1924.
- FROMENT et MONOD. — Langage articulé. *Archives de Psychologie*, avril 1913.
- Mécanisme de la parole articulée. *Bulletin de la Société libre pour l'étude psychologique de l'enfant*, n° 64, janvier 1913.
- FRÖSCHELS. — Die herrschenden Ansichten über das Wesen des Stotterns. *Arch. f. Psych.*, 1923.
- Lehrbuch der Sprachheilkunde. 1 vol., 715 p. Wien, 1931.
- Commentaire sur l'article de Kern : Der Einfluss des Hörens auf das Stottern. *Arch. f. Psychiat.*, p. 411-414, 1932.
- GLASSBURG (J. A.). — Is stuttering a medical problem ? *Arch. Otolaryng.*, II, 430-437, avril 1930.
- GODARD (Jules). — Du bégaiement et de son traitement physiologique. Paris, 1877.
- GORDON (M. B.). — Stammering produced by thyroid medication. *Am. J. M. Sc.*, march 1928.
- GRÉGOIRE. — Les vices de la parole. Paris, 1908. H. Champion, 119 p. in-8°.
- GUIDA. — Sur la voûte ogivale. *Arch. ital. di laring.*, 1925.
- GUILLAIN. — Le bégaiement hystérique, *Revue de Médecine*, 1901, p. 897-908.
- GUILLAUME. — In Dict. encyclopédique de Dechambre, 1868.
- Du bégaiement et de son traitement (résumé). Paris, 1872, 16 p.
- GUILLAUME (A. C.). — Vagotonie et sympathicotonie, 1928.
- Endocrinologie et sympathicotonie, 1929.
- GUTZMANN (Hermann). — Sprachheilkunde Vorlesungen, 1 vol., 730 p., in-8°, Berlin, 1924.

- Über das Stottern der Kinder und seine Behandlung. Kinderärzth. Praxis 2, 364-367, August, 1931.
- GUNS (P.). — Etiologie du bégaiement. *Revue française de Phoniatry*, n° 3, juillet 1933.
- HERREN (R. Y.). — Effect of stuttering on voluntary movement. *J. Exp. psychol.*, 14, 289-298, june 1931.
- HERVEZ DE CHÉGOIN. — *J. gl. Med. Chir. Pharm.*, p. 206, 1830.
- HOEPFNER. — Psychologisches über Stottern und Sprechen. *Zeitschr. f. Psychter. u. med. Psychol.*, 1911.
- Über Assoziative Aphasie. *Arch. f. Psych.*, 1913.
- HORRIX. — Kurze mitteilung eines Falles von musikalischem Stottern. *Mon. f. d. ges. Sprachheilkunde*, 1897.
- HUNT. — Stammering and Stuttering. London, 1861.
- ITARD. — Mémoire sur le bégaiement. *J. Uni. Sciences Méd.*, 1817.
- JAUKE. — Sur les mouvements musculaires conscients et inconscients dans le bégaiement. III^e Congrès des médecins tchèques à Prague, 1901.
- KAGANE (D.). — Etude clinique de la Palilalie. Thèse Paris, 1917-1918.
- KELLNER. — Die Sprachstörungen der Schwach-sinnigen. *Ztschr. f. d. Behndl. Schwachsinn*, Halle, 1924, XLIV, 67-69.
- KERN (A.). — Der Einfluss des Horens auf das Stottern. *Arch. f. Psychiat.*, 97, 429-449, 1932.
- KISTLER. — Sprachstörung und Linkshändigkeit. 16. jahresversammlung der ges. Schweizer Hals-usw. *Arzte Schweiz. med. Woch.*, 1930.
- KUSSMAUL. — Les troubles de la parole. Traduction Ruef. Paris, 1842.
- LAMBECK. — Objektive Untersuchungen an Stotterern usw. *Vox*, 1925.
- Bredouillement chez les bègues. *Zeitschr. f. Kinderforschung*, 1933.
- LANNOIS. — In traité de médecine et thérapeutique. Brouardel et Gilbert.
- LECLÈRE (A.). — Un cas de psychothérapie du bégaiement. *Journal de Psychologie*, p. 234, 1914.
- LEFÈVRE (M.). — Contribution à l'étude du bégaiement. *Archives médicales belges*, juin 1901.

- LEE (Edwin). — On Stammering and squinting, and on the methods for their removal. London, 1841.
- LIEBMANN. — Stotternde Kinder. Berlin, 1903.
- LIEBMANN (Albert). — Vorlesung über Sprachstörungen. Berlin, 1926 ; Coblenz, 48 p., in-8°.
- LE SAVOUREUX (R.). — Recherches sur les rapports des mouvements d'expression et du langage. *J. Psychol. norm. et path.* Paris, 1925, XXII, 128-143.
- LEWESS (Professeur Joseph). — Radical Heilung des Stotterns. Braunschweig. Weiveg., 1868, in-8°.
- MAAS (O.). — Die Sprache des Kindes und ihre Störungen Würzburg, 1909.
- Einige Bemerkungen über das Stottern. *Deutsche Zeitschr. f. Nerven, heilk.*, 24 Bd.
- MARAGE et JOUE. — Traité d'orthophonie, 1902.
- MARAGE. — Etude et traitement du bégaiement par la photographie. *Compte rendu Ac. des Sciences*, 1914, 730-732.
- MAGENDIE. — Rapport à l'Institut, in *Arch. gles Méd.*, 1828, t. XVI, p. 469 ;
- in *Dict. d. Sc. Med. et Chir.*, 1830.
- MALEBOUCHE. — Dictionnaire de la conversation, 1833.
- Précis sur les causes du bégaiement et moyens de le guérir, 1841.
- MARICHELLE (H.). — A propos du rythme verbal et du bégaiement. *Compte rendu Ac. Sc.*, avril 1914.
- MARINESCO et PAULIAN (O.). — Les troubles de l'automatismes articulaire et phonétique. *Revue d'oto-neuro-ocul.* Paris, 1925, 570-577.
- MARINESCO (G.) et SAGER (O.). — Bégaiement et réflexes conditionnels. *Revue Neurol.*, 1^{er} mars 1932.
- MARCHAND (L.). — Désordres de l'écriture et de la parole. *Revue neurologique*, 1932, p. 652-660.
- MEIGE (H.). — Dysphasies fonctionnelles, 1913.
- Article Bégaiement de la P. M. C. Nouvelle édition.
- MOHR. — Observation sur le symptôme « Nasenflugel ». *Presse méd.*, n° 70, 31 août 1932.
- MÜLLER. — Physiologie du système nerveux. Trad. Jourdan, 1840, t. II.
- MURRAY (E.). — Dysintegration of breathing and eye move-

- ments in stutterers during silent reading and reasoning. *Psychol. Monog.*, n° 1, 43, 218-275, 1932.
- NADOLECZNY. — Die Sprach und Stimmstörungen im Kindesalter. Leipzig, II Aufl, 1926.
- OLIVIER (Paul). — Le bégaiement dans la littérature médicale. Paris, *La Parade*, 1899.
- OZUN. — Causes du retard du langage. Thèse Paris, 1904.
- PARREL (DE) et HOFFER (H.). — Le bégaiement. *Concours médical*. Paris, 27 avril et 4 mai 1930.
- PASCHEN (Paul). — Über Ursachen und Heilung des Stotterns. *Tubingen Mohr*, 1917, in-8°, 101 p.
- PAVID (M^{me} H.). — Traité sur la guérison du bégaiement, 1864.
- PLATANIA. — Pathogenèse du bégaiement. *Giorn. di psichiat. e clin. e tecn. manic*, n°s 1-2, 59, 32-60, 1931.
- POUZO (M.). — Il respiro dopo la parola. *Arch. ital. di psychol.* Torino, 1923-1924, III, 221-226.
- POTTER (A.). — Left-handedness stuttering congenital word blindness. *Geneesk. tij. v. nederl Indie*, nov. 1915.
- REINHOLD (J.). — Über presbyophrone Sprachstörungen (Ein beitrage zur Frage des Abbanes der Sprachfunktion). *Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiat.* Berlin, 1922, LXXVI, 220-253.
- ROGIER (Dr Henriette). — Acquisition du langage chez l'enfant. Thèse Paris, 1923.
- ROMAN-GOLDZIEHER. — Untersuchungen über die Schrift der Stotterer. usw. *Zeitschr. f. Kinderforsch.*, 1929.
- ROSENTHAL. — Beitrag Zur Kenntnis und Heilung des Stotterübels, Wien, 1864.
- ROTHER. — Die Sprachheilkunde. Wien, 1913.
- Über die Deutung klonischen und tonischen Stotterns usw. *Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych.*, 1916.
- Die genetischen Stufen des Entwicklungstotterns. *Hilfsschule*, 1927.
- Das Entwicklungstottern als sprachneurot. Prozess. *Eos*, 1930.
- ROUMA (Georges). — Parole et traitement de la parole. Paris, 1907.
- RULLIER. — Bégaiement in *Dict.*, 30 vol., 1833.
- SACHS. — Zur Atiologie des Stotterns. *Wien. Klin. Woch.*, 1924.
- Über Schielen und Stottern. *Zeitschr. f. Augenheilk.*, 1924.

- SAUVAGES. — Nosologie méthodique. Trad. Nicolas, 1771, t. II, p. 251.
- SCHNEIDER. — *Über das Stottern*. Berne, 1922.
- SCHULMAN. — Ecriture des bègues. in *Zeitschrift für Kinderforschung*, 1933.
- SCRIPTURE. — Grundzüge der Sprachneurologie. *Arch. f. Psychiatrie*, 1926.
- The nature of stuttering. *Practitioner*, 1924.
- SCURI (D.). — Classificazione etiopatologica delle balbuzie. *Arch. ital. di Ot. Rin.-Lar.*, 1930, fasc. IX.
- SERRES (d'Alais). — Mémoire sur le bégaiement, in *Memorial des hôpitaux du Midi*, 1829, p. 371.
- Mémoire lu à l'Académie méd., 1838. *Arch. méd.*, 3^e série, t. II, p. 369.
- Mémoire. in *Compte rendu Acad. Sc.*, 1846, t. XXII, p. 207.
- SEVAUX. — Développement du langage chez l'enfant, t. XXXVIII, p. 170. Thèse Paris, 1907-1908.
- SILBIGER. — Frage der Mitbewegung und der Tics. *Med. Klin.*, 1928.
- SNYCKERS (M.). — Le bégaiement et les autres défauts de la parole ; leur traitement pédagogique. Bruxelles, 1900.
- SOIT (du). — Bégaiement, in *Gaz. Méd.*, 1848, 2^e s., t. VIII, p. 153.
- SOLOMON (J. C.). — Stammering and stuttering, pediatrician's responsibility. *Am. J. dis. Child.*, 45, 1079-1086, May 1933.
- SOVAK (M.). — Poméry Sympatických reflexu u koktavých. *Casopis Lek. Cesk.*, n° 6, 10 février 1933, p. 164-168.
- STERN. — Die Pathogenese des Stotterns, Referat am XVI. Int. Med. Congr. Budapest, 1909.
- STOCKERT. — Zur Ätiologie der Mitbewegungen beim Stottern. *Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych.*, 1924.
- Die psychogene Überlagerung usw. *Der Nervenarzt.*, 1929.
- SZONDI (de Budapest). — Analyse constitutionnelle de 100 bègues. *Wiener Med. Woch.*, LXXXII, 28-29 juillet 1932. *Presse méd.*, n° 70, 31 août 1932.
- THOME (Arthur). — Die pathologie und therapie der Stotternern. Berlin, 1867.

- TOPORKOFF et KASARKOFF. — Enurésie, bégaiement et tics. *J. neuropath. i. Psèkhiat.*, 20, 627-632, 1927.
- TRAVIS. — The influence of the group upon the stutt. speed in free association. *Journ. of abnorm. a. social psych.*, 1928.
- TRAVIS et LINDSLEY (D. B.). — Action current study of handedness in relation to stuttering. *J. Exp. Psychol.*, 16, 208, 27 apr. 1933.
- TRÖMNER. — Zur Pathologie des Stotterns. *Deutsch. Neurol.*, 1913.
- Gehstottern und Rindenkrampf. *Neurol. Zentralblatt.*, 1916.
- TWITMEYER (E. B.). — Stammering in relation to hemorespiratory factors. *Quart. J. Speech. Educ.*, 16, 278-283, June 1930.
- VIOLETTE. — Du bégaiement et des moyens de le guérir. Th. Paris, 1858.
- Etude de la parole et de ses défauts, 1862.
- VOISIN (Félix). — Du bégaiement, in-8°, 1821.
- WAGNER. — Zur Differentialdiagnose der funktionellen und organischen Zerebralen Sprachstörungen. *Arch. f. Psych.*, 1924.
- WEISS (D.) et BARCZINSKI (L.). — Zur Erkennung des Nachahmungstotterns. *Arch. f. Psychiat.*, 95, 321-329, 1931.
- WEISS (D.). — Compte rendu du Congrès américain. Fomdefabrik. A. D. *Zeitschr. F. Kinderforschung*, 40 Band, Heft 3. Berl., 1931.
- WILHEIM. — Zur individual psychologischen Deutung des Stotterns. *Wien Med. Woch.*, 1924.
- Symposium on stuttering (stammering) ; papers presented at meetings of the American Society for Study of Disorders of Speech held at Chicago, déc. 1930 et janv. 1931. *Arch. Pediat.*, 48, 533-546, aug. 1931.
-

785.— Imp. de la Fac. de Méd., Jouve et Cie, 15, rue Racine. Paris. — 5-1834
